Health Canada Santé Canada

STRENGTHENING THE POLICY-RESEARCH CONNECTION

ISSUE 13, FEBRUARY 2007

Health Policy Research Bulletin

The Working Conditions of Nurses: Confronting the Challenges

As the largest group of health care providers, nursing professionals play an integral role in the management and delivery of health services. Over the past decade, however, reports have raised a number of concerns about nursing shortages. At the same time, research has pointed to the serious impact of negative working conditions on nurses' health. These conditions, in turn, have implications for the health care system's capacity to recruit and retain nurses, as well as for the quality of patient care.

This issue of the *Health Policy Research Bulletin* examines research on the state of working conditions facing Canada's nurses and discusses the implications for the larger health care system. In particular, this issue:

- provides a snapshot of the current nursing work force, highlighting prominent trends and areas where the three regulated nursing professions differ
- examines nurses' working conditions in light of recent health system changes, highlighting the effects of increasing demands on nurses' health and presenting newly released results from a Statistics Canada survey
- applies the supply-demand theory to examine nursing shortages, using newly developed models to predict the nursing specialties that will have the greatest shortages
- discusses the issue of patient safety, and highlights research linking working conditions and the quality of patient care, focusing on conditions that affect communication among nurses and other front-line providers
- presents new research, commissioned by Health Canada, on the challenges of translating research into action to improve the working conditions of health professionals

Finally, the Bulletin emphasizes the need for multi-level, collaborative planning, and discusses the investments being made under the *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy*. While it is too soon to see the full impact of these investments, the authors point to some early signs of progress.

In this Issue

Interview: An Underlying Policy Issue 3
Work Force Snapshot 7
A Cause for Concern 13
Nurses' Health and Work: New Findings 17
Shortages: Where and Why? 21
A Question of Patient Safety 28
Knowledge Utilization Research 30
The Power of Collaboration 36
Who's Doing What? 40
Did You Know? 42

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

New and Noteworthy

Following are web links to a sampling of relevant reports.

National Survey of the Work and Health of Nurses (December 2006)—presents information on the health and working conditions of nurses in Canada and the impact these factors have on patient care <http://www.statcan.ca/english/freepub/83-003-XIE/83-003-XIE2006001.pdf>

The New Healthcare Worker: Implications of Changing Employment Patterns in Rural and Community Hospitals (October 2006)—examines how employment patterns have evolved in rural areas of Ontario <http://www.nhsru.com/documents/Series%206%20The%20New%20Healthcare%20Worker-Rural.pdf>

Workforce Trends of Regulated Nurses in Canada, 2005 (October 2006)—three reports provide data on the supply and distribution of regulated nurses in Canada, including provincial and territorial distribution <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1173_E>

Staffing for Safety: A Synthesis of the Evidence on Nurse Staffing and Patient Safety (September 2006)—synthesizes evidence on the links between nurse staffing and patient safety <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/staffing_for_safety_policy_synth_e.pdf>

Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada (June 2006)—examines characteristics of effective teams, successful interventions in implementing and sustaining teamwork in health care, and barriers to implementation <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_e.pdf>

What's Ailing our Nurses? A Discussion of the Major Issues Affecting Nursing Human Resources in Canada (March 2006)—reviews six major research documents on Canadian nursing human resource issues <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/What_sailingourNurses-e.pdf>

Satisfied Workers, Retained Workers: Effects of Work and Work Environment on Homecare Workers' Job Satisfaction, Stress, Physical Health, and Retention (December 2005)—explores how characteristics of home care affect workers <http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/zeytinoglu_final.pdf>

Navigating to Become a Nurse in Canada: Assessment of International Nurse Applicants (Final Report) (May 2005)—presents findings on international mobility of nurses, assessment of credentials, and challenges and integration into the Canadian work force <http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/IEN_Technical_Report_e.pdf>

About the Health Policy Research Bulletin

The *Health Policy Research Bulletin* is published two to three times a year with the aim of strengthening the evidence base for health policy decision making. While the *Health Policy Research Bulletin* features research from across Health Canada and its Portfolio Partners, it is developed and produced within Health Canada by the Data Development and Research Dissemination Division (DDRD) of the Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch. A Steering Committee composed of representatives from Health Canada and the Public Health Agency of Canada selects policy research themes to be featured and reviews the text for each issue. The Committee is supported by the Bulletin Secretariat within DDRD, which coordinates all aspects of the Bulletin's development, production, release and dissemination.

DDRD acknowledges the contributions of Steering Committee members and the staff of the Bulletin Secretariat—Nancy Hamilton, Managing Editor, Tiffany Thornton, Raymonde Sharpe, Julie Creasey and Karen Price. Special thanks go to the Guest Editor for this issue, Sandra MacDonald-Rencz, Executive Director, Office of Nursing Policy, Health Canada. Appreciation is also extended to Allium Consulting Group Inc., for editing, design and layout.

The opinions expressed in these articles, including interpretation of the data, are those of the authors and are not to be taken as official statements of Health Canada.

This publication can be made available in alternative formats upon request.

Permission is granted for non-commercial reproduction provided there is a clear acknowledgment of the source.

Published under the authority of the Minister of Health.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2007

Cat. No. H12-36/13-2007 Cat. No. H12-36/13-2007E-PDF (Online)

ISSN 1496-466 X ISSN 1499-3503 (Online)

Publications Mail Agreement Number 4006 9608

Return if undeliverable to:
Health Canada
HPB/DGPS
DDRD/DDDR
P/L: 9002C
Gatineau, Québec
K1A 0K9

Contact Us

We welcome your feedback, suggestions and requests. Please forward your comments and any address changes to <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. Note that feedback, suggestions or comments that are submitted to the Bulletin Secretariat are collected in order to respond to readers and to report on the performance of the publication. Mailing addresses and e-mail addresses are collected for the purpose of disseminating the *Health Policy Research Bulletin* to subscribers and for analyzing the publication's distribution. All collected information is confidential and protected.

Working Conditions:

An Underlying Policy Issue

In this issue, Nancy Hamilton, Managing Editor of the Health Policy Research Bulletin, *speaks with* **Sandra MacDonald-Rencz** *(SMR), Executive Director of the Office of Nursing Policy, Health Policy Branch, Health Canada;* **Anil Gupta** *(AG), Director of the Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada; and* **Robert Shearer** *(RS), Director of the Health Human Resource Strategies Division, Health Care Policy Directorate, Health Policy Branch, Health Canada.*

Over the past few years, several major health reports have focused on the working conditions of nurses. What's behind this recent interest?

SMR: Yes, there has been an increased interest in the nursing work force. It started almost a decade ago with concerns over existing and future nursing shortages. Depending on which report you read, we're probably looking at significant shortages of anywhere from 80,000 to 100,000 nurses by 2016.

AG: We need to look at what we did in the past and learn from that as well. For example, between 1993 and 2004, the population increased about 9%, while the nursing population increased by less than 4%. That translates into a shortage of 60,000 nurses right there.

SMR: When we began to look more closely, we realized it wasn't just a matter of hiring more nurses, but of better managing those already in the work force. Research showed that within the first five years of graduation we were losing between two and three nurses for every five graduates. This forced us to examine the working conditions of both new and experienced nurses.

RS: Sandra summarizes it quite nicely. We need to consider the root causes of nursing attrition and to look at ways of keeping our qualified, trained nurses in Canada. It's an important part of health human resource planning and within Health Canada we are working closely with the Office of Nursing Policy to make that happen.

AG: We also need to recognize that health care is highly labour intensive, with nurses being the largest group of health care providers. As a result, system-wide issues cannot be addressed without looking at the productivity of the nursing work

force. It's not a matter of asking nurses to work harder; they are stretched as it is. Productivity is related to working conditions, which in turn are related to absenteeism, retention, the adoption of new methods and technologies, the roles and responsibilities of nurses, early retirement, and morale. All of these things are related to how people are trained, encouraged and generally treated within the system.

What are these reports saying about nurses' working conditions and what does the term actually mean?

SMR: The term "working conditions" generally encompasses a range of issues, from workload and scheduling to system-wide issues, like professional identity and scope of practice. The reports have tended to follow the research, which shows that nursing workload has increased significantly over the past decade. In addition, we know there have been significant cuts to the health system. We also know that people are staying in hospital for shorter periods, and are sicker while they are there. Combine this with the fact that more nurses are working part time, and the overall result is fewer "nursing hours" employed in the health system. Studies have shown that all of these factors come together to have an impact on the job satisfaction of health care workers, particularly nurses.

AG: Job satisfaction is key to keeping employees in any organization. The OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) recently conducted a survey among nurses in the United Kingdom, Canada, Scotland, Germany and the United States. Although each country has a different type of health care system, one thing is common—high levels of dissatisfaction among nurses, ranging from 33% to 47%. On top of this, about 17% of nurses surveyed in each country were planning to leave the profession in the next year. If such statistics were applied to any other profession, it's likely that alarm bells would be ringing.

SMR: Working conditions are not only affecting nurses' job satisfaction, but their health as well. Research shows that nurses are one of the most unhealthy employee groups in the country. It also shows that working conditions are significant predictors of increased injury- and illness-related absenteeism, which in turn lead to increased overtime and staff turnover. Combine that with nursing demographics and you have an older work force in unhealthy work conditions. For example, a 2005 CIHI (Canadian Institute for Health Information) report shows that the average age of nurses is 44.7 years. There is a two-to-one ratio of nurses aged 50 and over, compared to those aged 35 and younger.

Job satisfaction is key to keeping employees in any organization. The OECD recently conducted a survey among nurses in the United Kingdom, Canada, Scotland, Germany and the United States. Although each country has a different type of health care system, one thing is common—high levels of dissatisfaction among nurses, ranging from 33% to 47%. On top of this, about 17% of nurses surveyed in each country were planning to leave the profession in the next year.

AG: I'd like to return to the issue of overtime. Between 2002 and 2004, nurses' overtime increased by 20%. As Sandra said, this has taken a toll on nurses' health. We need to recognize that the majority of nurses are women, so overtime is also an issue for nurses' families.

What are the implications of nurses' working conditions for the health system as a whole?

RS: First, let me say that an effective health system is one of many factors that determines the health of a population. Research has shown that a healthy work force is a prerequisite for a quality health system. Consequently, promoting healthy working conditions for all health providers, including nurses, is an important strategy for improving the health of Canadians.

AG: As we said, Canada is experiencing a serious shortage of nurses. This issue is complex and involves looking at both supply and demand. We know that poor working conditions are influencing the supply side by limiting our capacity to recruit new nurses and retain those we already have.

RS: Nurses are an important part of our health care system, not only because of their numbers but also because of the role they play in virtually every aspect of health care delivery. The issues affecting nurses have an impact on the entire health care team and the way they perform. Because the well-being and productivity of nurses are key to Canada's health care system, we need to find ways to improve the underlying issues related to working conditions.

SMR: Adding to what has been said, I believe there are two reasons why we should care—cost and quality of care. Cost is related to lost time due to injury and sick time, as well as overtime needed to make up the hours. Both require significant investment. If we addressed working conditions straight on, we could save this money and put it back into the system. The other reason relates to quality of care. Research is now showing a strong correlation between job satisfaction and quality of care and patient outcomes that we had not been able to demonstrate before.

There is also the issue of "wait times." While we don't have hard evidence linking nurses' working conditions to wait times, we do have anecdotal information about operating room closures and restrictions due to an insufficient number of qualified nurses to assist in the operating room or the intensive care unit. When we speak about wait times, we also need to recognize that what's important is timely access to quality care. And as we said earlier, working conditions are closely related to the quality of patient care.

Nurses are an important part of our health care system, not only because of their numbers but also because of the role they play in virtually every aspect of health care delivery. The issues affecting nurses have an impact on the entire health care team and the way they perform.

Are working conditions similar for nurses across the country or does geography or work setting play a role?

SMR: The recently released results of the Statistics Canada survey on the work and health of nurses (see article on page 17) has shed some light on this issue. We will be studying the results to see where working conditions are having the biggest impact. Overall, however, the situation seems widespread across the country.

At the same time, there are anecdotal reports of differences across practice settings. For example, concerns about working conditions are the most acute in hospital and institutional settings. Home care can also be difficult since, because of outsourcing and competitive bidding, nurses are often treated as a contingent work force. Most organizations keep a small staff and bring nurses in as needed, limiting the continuity that nurses have with their patients. It appears that the public health sector provides the most positive work environment for nurses, but we will learn more as we study the survey results.

RS: Sandra, as you mention in your article (see page 7), Health Canada—through the First Nations and Inuit Health Branch—is responsible for the delivery of health services to First Nations and Inuit communities via health centres and nursing stations. Working conditions here pose unique challenges, often because of the isolation.

AG: Although working conditions vary across practice settings, from hospitals to home care, I believe we need to first concentrate our efforts on the hospital sector. There are a couple of reasons for this. First, our statistics, and therefore our quantitative policy analysis, are predominantly for this sector. Second, this is where just under 70% of our nurses work and where working conditions appear to be having the greatest impact.

SMR: Anil, you're right. And, over the past few years, governments have begun to recognize the importance of investments in this area. That's why we've decided to focus this issue of the *Health Policy Research Bulletin* on nurses' working conditions in hospital and institutional settings.

What have governments been doing to address the working conditions of nurses? Also, what type of investments has Health Canada been making together with our partners?

RS: First, solutions are required at multiple levels—at the level of the work force as a whole and at the level

of the individual workplace. Health care providers, communities and health care organizations all play important roles. Effective health policy is also essential. And because the nursing work force is highly mobile, working conditions are a factor in nurses moving from one region or province to another. For this reason, collaborative, national-level planning has been a priority, and we now have a new *Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resource Planning* (see article on page 36) that has been approved by both federal and provincial/territorial governments. We are starting to work with stakeholders to implement it in a way that will make a difference in health human resources planning.

SMR: As well, the investments being made through the *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy* are extremely important. Through it, Health Canada initiated the Healthy Workplace Initiative in 2001. This Initiative aims to improve the working conditions of all health care providers, including nurses, and has invested $4 million to support the expansion of healthy workplaces across the country. Provinces and territories have also made significant investments. For example, many provinces have developed nursing strategies, which look at workload issues and how to create more positive work environments.

AG: On the research side, Health Canada has established an internal capacity to forecast the demand for nurses. With new data from CIHI, we are developing tools to predict the nursing specialties that will have the greatest shortages. We are also developing models to help us determine the effectiveness of different incentives in reducing shortages. For example, we need to know the effects of improving working conditions, educating more nurses or delaying retirements.

The investments being made through the *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy* are extremely important. Through it, Health Canada initiated the Healthy Workplace Initiative in 2001. This Initiative aims to improve the working conditions of all health care providers, including nurses, and has invested $4 million to support the expansion of healthy workplaces across the country. Provinces and territories have also made significant investments. For example, many provinces have developed nursing strategies, which look at workload issues and how to create more positive work environments.

RS: I'd like to mention a couple of areas where we've made changes and are beginning to see some progress. First, Canada has increased the number of positions available for educating nurses. We are also working to ensure that nurses immigrating to Canada can enter the work force. Canada remains a highly desirable country for health professional immigration and internationally educated nurses continue to be an important resource. Health Canada, through its Internationally Educated Health Professionals Initiative, is supporting efforts to reduce barriers and to increase the integration of these health care professionals into Canada's work force.

Picking up on Bob's point that we are beginning to see progress in some areas, are we seeing a return on our investments? Are working conditions beginning to improve?

SMR: I think we are starting to see some of the impacts of our investments. For example, a 2002 report which used Statistics Canada Labour Force Survey data for the period 1987–2002 found a significant amount of time lost due to illness and injury in nurses. However, the subsequent 2006 report reviewing the period 2002–2005 noted a slight decline.

We will be studying the results of the Statistics Canada survey on the work and health of nurses, which we hope will also show some positive returns. We intend to do a follow-up in four years to document our progress over time.

But, just because we're starting to see a turn, we can't feel that our work is done. We're still going to see a significant decline in the nursing work force in the years ahead and the work force is getting older. We want to ensure that the nurses we do have stay healthy and continue working so that we can continue to provide the high quality of service we have in the past.

Paul Sajan, *Program Lead, Health Human Resources, Canadian Institute for Health Information;* **Francine Anne Roy**, *Director, Health Resources Information, Canadian Institute for Health Information;* **Sandra MacDonald-Rencz**, *Executive Director, Office of Nursing Policy, Health Policy Branch, Health Canada; and* **Barbara Oke**, *Executive Director, Office of Nursing Services, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada*

The Nursing Work Force:

A Current Snapshot

This article highlights data from the Nursing Databases at the Canadian Institute for Health Information (CIHI) and from a work force survey conducted by the First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB), Health Canada. It provides a snapshot of the current nursing work force, highlighting prominent trends and areas where key characteristics differ.

Nurses play an integral part in the management, delivery and research of health care services. As the largest component of the health work force, nursing professionals accounted for more than one third of the approximately 828,000 Canadians employed in health care in 2005.[1] Canada's nurses number five for every doctor.[2] Their work complements that of other health care providers in every health care setting across the entire continuum of health services—from health promotion and prevention to diagnosis, treatment and rehabilitation. It is nearly impossible to receive health care in Canada without the expertise and knowledge of a nurse.

Composition of the Nursing Work Force

Although one profession, the nursing work force of more than 320,000 licensed and regulated members is regulated by three distinct bodies depending upon their scope of practice:

- registered nurses (RNs)
- registered psychiatric nurses (RPNs)
- licensed practical nurses (LPNs)

RNs and LPNs are currently regulated in all 13 provinces and territories of Canada, whereas RPNs are educated and regulated as a separate profession only in the western provinces of Manitoba, Saskatchewan, Alberta and British Columbia.

Registered nurses are the largest regulated health care provider group in Canada. Of the three regulated nursing professions, they have the broadest scope of practice and generally the highest level of decision making and education. RNs must complete a nursing program either at a baccalaureate or diploma level. They must also register with

Canada's nurses number five for every doctor.

their respective provincial or territorial nursing regulatory body, which permits them to perform the authorized functions of an RN. By the late 1990s, most provinces had announced a four-year baccalaureate degree as a requirement for entry into the practice of nursing in their respective jurisdictions within the next decade.

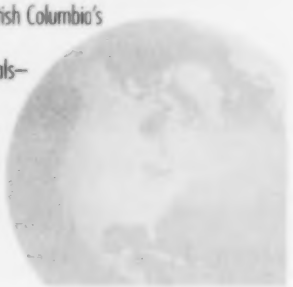
After completing their degree, RNs may obtain an advanced degree in nursing or national certification in 14 specialties. With additional education, RNs can become clinical specialists, educators or nurse practitioners (NPs), for example. An NP is an RN with additional education in health assessment, diagnosis, and management of illnesses and injuries.[3] NPs can offer some services typically provided by physicians (e.g., ordering tests and prescribing drugs) and may play an important role in isolated or inner city communities where physician shortages sometimes occur.

Licensed practical nurses are the second-largest regulated health profession in Canada. Because registration or licensure as an LPN in Canada requires graduation from an approved LPN diploma program, LPNs have a narrower scope of practice than RNs. Like RNs, all provinces and territories have LPNs who work in a variety of settings, with almost 40% working in the long-term care sector. In Ontario LPNs are called registered practical nurses.

Registered psychiatric nurses represent the largest single group of mental health professionals in Manitoba, Saskatchewan, Alberta and British Columbia where they are a separate regulated health profession. RPNs share many characteristics with RNs; however, they receive their basic education in psychiatric nursing at the diploma or baccalaureate level—with special educational focus being placed on psychiatric and mental health issues and care delivery.

Enhancing the Nursing Supply

Foreign-educated nurses accounted for 6.9% (20,787) of the nursing work force in 2005 (excluding Québec LPNs, for which location of graduation data were not available). The most common countries of graduation were the Philippines (29.0% of all foreign-educated), the United Kingdom (20.8%) and the United States (6.6%). The work forces of British Columbia (13.5%) and Ontario (10.1%) had the highest concentration of foreign-educated nursing professionals in 2005. Together, graduates from foreign countries and from other Canadian provinces account for almost 40% of British Columbia's nursing professionals—the highest rate in the country.



Distribution of Canada's Nurses

Overall, 81.2% of nurses are located in Canada's largest cities,[4] with 10.3% in remote areas and another 8.3% in rural areas. These proportions have remained relatively unchanged for several years.

Nurses employed in urban centres are more likely than their rural and remote counterparts to work in specialized fields such as paediatrics or oncology. Conversely, those in rural and remote communities are more likely to be involved in several clinical areas of practice.

Nurses on the move

LPNs are less likely than RNs or RPNs to move to another province following graduation. In 2005, only 7.6% of Canadian LPN graduates were employed in a province or territory different from the one in which they graduated—this compares to rates of 11.5% for RNs and 14.9% for RPNs.

For those Canadian graduates who do move after graduation, the provinces of Ontario, Alberta and British Columbia are the most common destinations. This pattern closely mirrors the general east-to-west pattern of migration for the Canadian population as a whole.

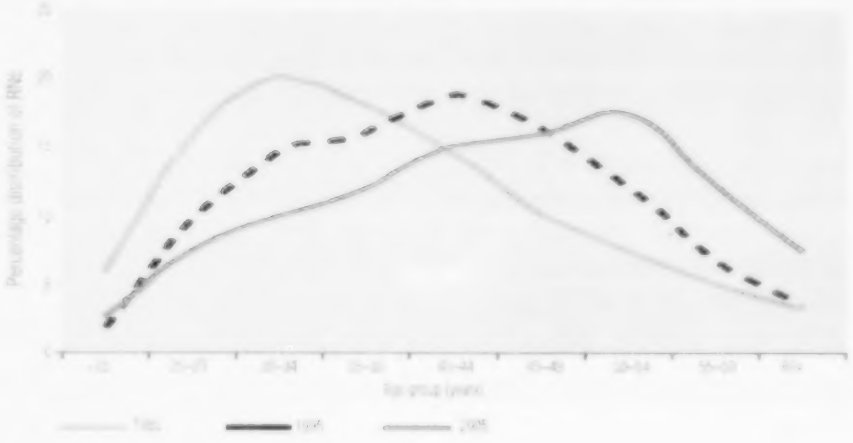
A Demographic Profile

A closer look at the demographics reveals some characteristics of nurses that are important in work force planning.

Most nurses are female, but . . .

Historically, the vast majority of nurses have been women. This continues to be reflected among RNs—94.6% in 2005 were female. However, the proportion of male nurses has been increasing slowly—from 2.6% of RNs in 1985 to 4% in 1995, up to 5.6% in 2005. When

Figure 1: **Age Distribution of RN Work Force in Canada, Selected Years, 1985–2005**



Source: Canadian Institute for Health Information, 2005

LPNs and RPNs are considered as well, males represent a slightly higher proportion of the entire nursing work force, at 6.1% in 2005.

In the specialties of psychiatry and mental health, the proportion of females to males was less dramatic. For example, in 2005, women made up 77.4% and men 22.6% of the RPN work force. Of the RN population working in mental health, the ratio of women to men was approximately 6:1 (85.4% women to 14.6% men). Among mental health LPNs, close to one quarter were men (23.4%), although men comprised only 6.8% of all LPNs.

The work force is aging

The average age of nursing professionals is the highest it has ever been— 44.7 years as of 2005. Moreover, almost 40% of nurses were 50 years or older, outnumbering those aged 34 years and younger by almost two to one.

The nursing work force has been aging steadily over the past 20 years, as Figure 1 shows. In 1985, most RNs in Canada were in the 30–34 year age group; 10 years later in 1995, most were in the 40–44 year age group; as of 2005 most were in the 50–54 year age group. It is important to consider this trend given that the average age of retirement for nurses is approximately 56 years.

A contributing factor to this aging trend is a general increase in the age of nursing graduates. Among those employed in 2005, 13.2% of RNs were aged 30 or older at the time of graduation (compared to 9.4% in 1995). While trend data are not available for LPNs and RPNs, it is interesting to note that in 2005, when compared to RNs, a higher proportion of these nurses—27.1% of LPNs and 17.1% of RPNs—were aged 30 or older when graduating from their initial nursing program.

The average age of nursing professionals is the highest it has ever been—44.7 years as of 2005. Moreover, almost 40% of nurses were 50 years or older, outnumbering those aged 34 years and younger by almost two to one.

Higher education is on the rise

In 2005, more than one third (34.0%) of all RNs had a degree in nursing. However, among recent graduates (those graduating since 2002), the rate was considerably higher (40.8%). The increasing number of baccalaureate-prepared RNs is partly due to the continued implementation of baccalaureate entry-to-practice requirements across Canada.

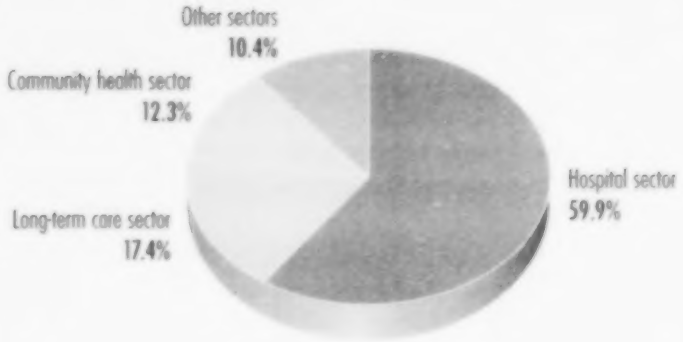
Practice Settings

Nurses work in every health care setting across the entire continuum of health services—from the hospital to community care settings, including the home. Although the majority of nurses work in hospitals, the data show that some changes are beginning to occur.

Most nurses work in hospitals

The hospital sector remains the largest employer for all nurses—in 2005, hospitals were the workplace for six in ten nurses (59.9%). At the same time, 17.4% of nurses were employed in the long-term care

Figure 2: **Nursing Work Force, by Employment Sector, 2005**



Source: Canadian Institute for Health Information, 2005

sector in facilities such as nursing homes or residential care facilities. Another 12.3% worked in the community health sector at home care agencies or community health centres. The remaining 10.4% worked in areas as diverse as educational institutions, correctional agencies, occupational health offices or research facilities (see Figure 2).

A closer look at each nursing profession

While the RN work force tends to cluster in the hospital sector, the LPN and RPN work forces tend to be more evenly distributed across sectors. The majority of RNs (62.6%) worked in the hospital sector in 2005, compared to 46.4% of LPNs and 40.6% of RPNs. LPNs are also likely to work in the long-term care sector (38.6%), while RPNs are evenly split between the community health (23.2%) and long-term care (21.8%) sectors.

There appears to be a general, but gradual, trend towards the community health sector for the RN and RPN work forces. For example, the percentage of RNs working in community health centres almost doubled in the past 12 years, from 5.8% in 1993 to 10.1% in 2005.

Roles and career paths

Most nursing professionals work in direct patient care. Only a small proportion (less than 6% in 2005) works as managers. A closer look at the specific professions, however, shows some differences—RPNs are more likely to be managers (12.1%) than RNs (6.9%) or LPNs (1.2%).

Looking at licensed nurse practitioners, in 2005, 76.8% identified their current position as nurse practitioner at the time of registration. The remainder self-identified their primary role as manager (2.9%), staff nurse/community health nurse (8.9%), instructor/professor/educator (3.5%), and other positions/not stated (7.9%).

Both the RN and RPN work forces appear to follow a similar, general career path, starting their nursing careers in the hospital sector before moving to other sectors over time (see Figure 3). This does not seem to hold for the LPN work force, whose most recent graduates are as likely to work in the hospital sector as those who graduated more than 25 years earlier.

Working in Public Health

Public health nurses form a subset of the community health nursing work force. It is not currently possible to accurately measure the number of LPNs, RNs, NPs and RPNs working in public health (as distinct from the broader pool of community health nurses). However, provincial and territorial regulatory bodies have begun implementing the necessary changes to their annual registration forms to do so. The first results from these changes will appear in CIHI's 2007 nursing statistics.

Our Supply of Nurses

The 2005 regulated nursing work force included 251,675 employed RNs—representing 78.3% of the total—as well as 64,951 (20.2%) employed LPNs and 4,964 (1.5%) employed RPNs.

Trends over time

After a period of growth in the early 1990s and fluctuation mid-decade, the number of nurses registering for practice declined in the late 1990s. However, growth in registration began again (at least for the RN and LPN professions) after 2001. By 2005, RN registration was slightly higher (5.6% higher) than it was in 1990. In contrast, registration of RPNs and LPNs was lower—10.9% and 12.6%, respectively.

As the RN registrations increased, so did the size of the RN work force —by 4.3% between 2003 and 2005. Over the same period, the LPN work force increased by 2.9% and the RPN work force fell by 2.8%.

Although licensed nurse practitioners represent less than 1% of the RN population, they too are growing in numbers. In 2005, there were 1,026 nurse practitioners in Canada, up from 912 in 2002.

Employment Characteristics

For all nursing professions, employment rates are high. In 2005, most nurses (93.0%) were employed at the time of registration. Only 5.6% were unemployed, while another 1.4% failed to state their employment status. However, headcounts do not tell the full story, since approximately half of the nursing work force is employed on a part-time basis (see *Using Canada's Health Data*, page 44).

Full-time, part-time, casual

Overall, slightly more than half of nurses (53.8% in 2005) had full-time employment, although rates vary by profession. The highest rate of full-time employment is for RPNs (67.0%), while slightly more than half of LPNs (55.4%) and slightly less than half of RNs (46.9%) claimed full-time status. Rates of full-time employment are substantially higher for nurse practitioners (75.9%) than for all RNs. These rates have remained relatively stable over the past several years (see *Nursing Shortages*, page 21).

Renewing RN Licences

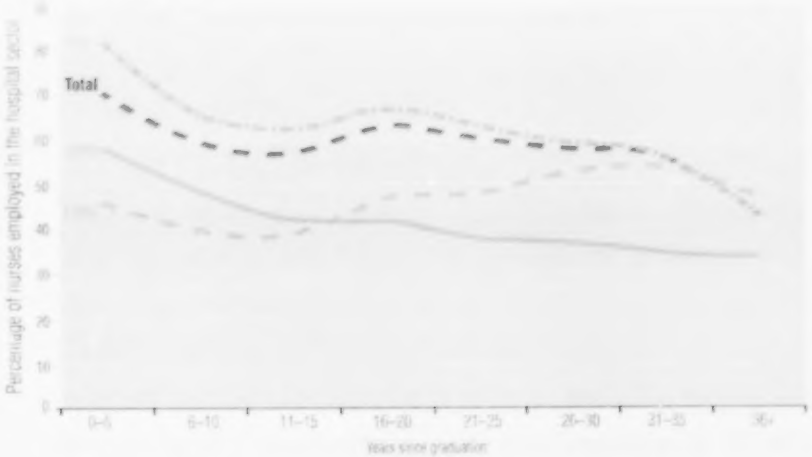
In 2004, almost all (96.3%) of RNs renewed their licence in the same province or territory as the previous year. The renewal rate is typically lower in the northern territories, where short-term relief staff from the southern provinces supplement northern nursing work forces. The short-term relief staff do not necessarily return every year.

Working in Mental Health

Rates of full-time employment are generally higher for those working in mental health than for those working in other areas of direct patient care.

In 2005, almost two thirds (64.6%) of the mental health nursing work force was employed full time, compared to 53.2% for nurses working in other areas of direct patient care.

Figure 3: **Percentage of Nurses Employed in the Hospital Sector, by Number of Years since Graduation, 2005**



Source: Canadian Institute for Health Information, 2005.

Rates of casual employment have remained stable over the past several years across most nursing professions, including for RNs (11%), nurse practitioners (4%), and RPNs (6.5%). For the LPN work force, however, casual employment rates appear to be slowly increasing, from about 15% in 2003 to almost 17% in 2005.

More than one employer

Some nurses are employed by more than one nursing employer—in fact, many part-time nurses work for multiple employers to achieve the equivalent of full-time work. In recent years, the proportion of the nursing work force with more than one employer has remained unchanged at approximately 14%.

Health Canada as employer

While health care delivery in Canada is the responsibility of provinces and territories, Health Canada, through the First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) is directly responsible for the delivery of health services to First Nations and Inuit Communities (see page 12).

Summary

While the nursing work force may be viewed as a single group with many common challenges, this article has shed light on the unique and sometimes contradictory trends, experiences and challenges of each of Canada's regulated nursing professions. Understanding the current supply of nurses is vital to successful health human resources planning for the future. The objective and comparable data presented here support decision making and policy development by a wide variety of health care governments and stakeholders.

First Nations Inuit Health Branch Nursing Work Force

The First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) of Health Canada works with First Nations and Inuit communities to maintain and enhance the health of Aboriginal peoples by providing health services to status Indians living on reserve, to communities in the three territories, and to Inuit. Registered nurses are the largest segment of health care providers to First Nations and Inuit communities.[5]

Nurses employed by FNIHB provide their services in several different types of health service facilities. **Nursing stations** are located in isolated/remote communities where there are no year-round, readily accessible roads to other health care facilities. Community health nurses, with assistance from support personnel, provide primary health care including disease prevention and health promotion activities. Nurses carry out assessment and management services for health problems through treatment and some emergency services. **Health centres** are located in rural areas where access to tertiary care facilities is within driving distance. They are staffed by one or more community health nurses who provide a range of public health services and community health programs aimed at health promotion and disease prevention. **Other health facilities** include two FNIHB hospitals in Manitoba.

FNIHB Nurses at a Glance

Of the approximately 700 FNIHB hired nurses, only a small proportion (8%) is under 30 years of age, while 40% are over age 50. The current FNIHB nursing work force is older than the overall RN population of Canada in 2004—suggesting potential difficulties in replacing nurses who retire in the next few years. The overall age mix of FNIHB nurses varies considerably according to location and other characteristics.

When compared to nurses in Canada overall (in 2004), FNIHB nurses include a substantially higher proportion with either a bachelor's or master's degree (59% of FNIHB nurses compared to 32% of all nurses), and a much smaller proportion with an RN diploma as their highest education level (41% of FNIHB nurses compared to 68% of all nurses).

Approximately one third (63%) of FNIHB nurses have direct patient care as their primary area of responsibility, with a much smaller proportion in management (19%) and education (10%) roles.

A high proportion of FNIHB nurses is employed in stable jobs—86% work in indeterminate or term positions and 76% work full time.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin. <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

Working Conditions of Nurses:
A Cause for Concern

M. Victoria Greenslade, *RN, PhD, Office of Nursing Services, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada, and*
Kathie Paddock, *MSc, Division of Aging and Seniors, Centre for Health Promotion, Public Health Agency of Canada, both formerly of Office of Nursing Policy, Health Policy Branch, Health Canada*

Nurses' working conditions not only affect the health and well-being of individual nurses, but the efficiency of the entire system, including its capacity to attract and retain nurses. This article examines nurses' current working conditions in light of changes to the health system in the past decade and also highlights the implications of increasing system demands for nurses' health.

Canada has been experiencing a nursing shortage for some time. Research-based evidence suggests that this shortage will increase significantly in the next decade. As discussed in the interview on page 3, it is a problem that cannot be solved by simply recruiting more nurses—but, rather, by addressing the underlying causes. These include, among others, the quality of the conditions in which nurses practise, and their experiences in the nursing work force as well as in their particular workplace.

Workplace and Work Force Issues

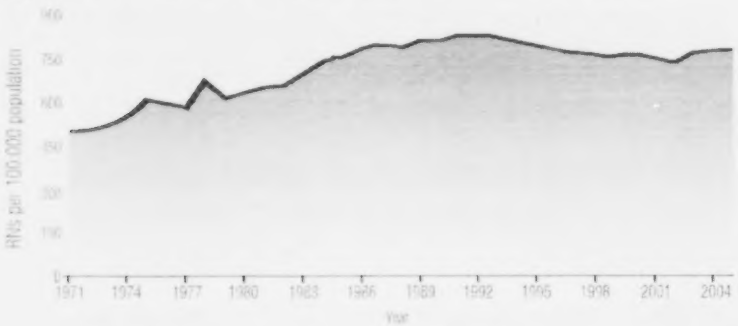
Two important components must be considered when looking at nurses' working conditions: workplace and work force. Work force issues of education and training, scope of practice and health human resource planning all call for national and/or provincial action and approaches. On the other hand, workplace issues—such as workload, leadership, scheduling and safety—need to be addressed by individual employers.

Nurses' Satisfaction with Work Environments . . .
In 2004, almost 35% of all direct health care delivery professionals were nurses.[1] According to the Canadian Nurses Association, 85% of registered nurses (RNs) work in direct care and almost 60% work in hospitals. The Nursing Work Index indicates that nurses who work in hospitals and in direct care rate their work satisfaction as low.[2] Moreover, work dissatisfaction is often attributed to poor work environments. For example, the Canadian Federation of Nurses Union reports that nurses experience their workplace as stressful (86%), pressured (85%), understaffed (86%), under-resourced (88%) and heavy (91%).[3]

Restructuring in the Health Care System—Impacts on Nurses' Health

A number of health care restructuring initiatives that took place in the 1990s focused on system-wide fiscal restraint and had a direct impact on health care work environments. Inpatient hospital stays were shortened, care was transferred to outpatient and community settings, and nurse-to-patient ratios were reduced[4]—as were those of nursing management, support staff and ancillary services. Patient acuity levels increased, inpatient, outpatient and community care became more complex, nursing responsibilities and accountabilities increased, and there was

Figure 1: **RNs to Population Ratio per 100,000 Population, Canada, 1971-2005**



Source: Health Canada, Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, 2006.

more demand for higher educational levels for nurses. In short, fewer nurses were looking after sicker patients.

At the same time, the *nurse-to-population* ratio started to drop from its peak of 825 RNs per 100,000 in 1992, to 752 per 100,000 in 1998 (see Figure 1). However, when the federal government registered a budget surplus in the late 1990s, it once again increased payments to the provinces. Since then, the nurse-to-population ratio has increased slightly to 779 per 100,000 in 2004.[5,6,7,8,9]

To cope with shortages, employers began overusing their nurses. Nursing staff were required to work overtime and extra shifts, sometimes involuntarily, to provide reasonable patient care. Research began to show a link between working excessive overtime and increased absenteeism, illness and injury, as well as a correlation between the hours of overtime worked and the hours taken as sick time.[10] It also became clear that nurses were less likely to be in good physical and mental health when they worked involuntary overtime.[10]

In Canada, an extensive literature review by McGillis Hall showed how inadequate nurse staffing levels and limited organizational support put nursing staff at higher risk of experiencing job dissatisfaction, burnout and workplace injuries.[12,13,14] In turn, high levels of job dissatisfaction, stress, pressure, threat of job loss, burnout, workplace injuries (e.g., back injuries and needle injuries) and role tension affected the nurses' overall well-being, which then had an impact on patient outcomes, quality of patient care and patient care costs.[12,15]

Violence on the Job

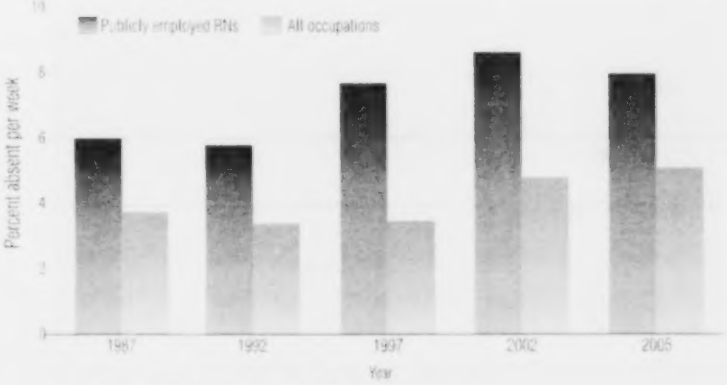
The risk of violence (physical assault, verbal aggression or emotional abuse) in the workplace is an increasing concern in the nursing work force. Nurses are the health care workers most at risk, with female nurses considered the most vulnerable—as many as 72% of nurses do not feel safe from assault at work.[11] While the evidence is still new, some factors that help explain this situation include:

- inadequate staffing levels and shift work
- shift work, including commuting to and from work at night
- interventions demanding close physical contact
- increased wait times in emergency departments and in clinics, which increase patients' stress

Working Conditions and Absenteeism

Comparing rates of illness and injury-related absenteeism between nursing and other occupations sheds light on the impact of poor working conditions for nurses. A comparison of publicly employed RNs to all occupations in Canada points to a substantial difference in absenteeism rates due to illness and injury (see Figure 2). In 2005, full-time nurses had a 58% higher rate of absence due to illness and injury than the overall full-time employed labour force (7.9% compared to 5.0%).[2] Based on the 1991 Standard

Figure 2: **Rate of Illness- and Injury-Related Absenteeism, Canada, Selected Years, 1987-2005**



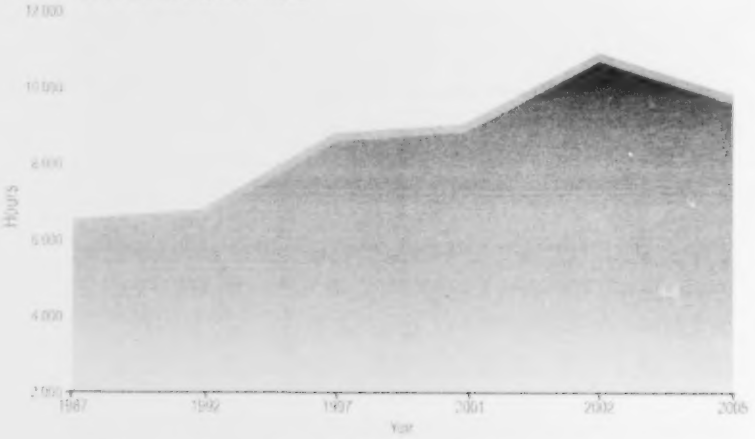
Source: Reprinted with permission from the Canadian Nurses Association, 2006.

Occupational Classification System, nurses have one of the highest rates of illness- and injury-related absenteeism of 47 broad occupational categories. In fact, the 2005 rate among RNs was second only to the group "Assisting Occupations in Support of Health Services."[2]

Nurses are at a particularly high risk for illness, emotional exhaustion and musculoskeletal injuries. In 2005, 16,500 publicly employed nurse supervisors and RNs were absent each week due to illness and injury.[2] While this is slightly less than in 2002 (17,100 per week), it is significantly greater than the 9,400 absences per week in 1987.

The rate of illness- and injury-related absenteeism in 2005 (7.6%) was considerably higher than the estimated rate in 1987 (5.3%). From 1987 to 2005, the absenteeism rate increased by 2.3 percentage points, representing an increase of 43% in the overall rate. In the latter part of this period (1997–2005), the rate rose from 6.8% to 7.6%; an 11.7% increase in the overall absenteeism rate.[2] Figure 3 provides an aggregate picture of these increases from 1987 to 2005.

Figure 3: **Aggregate Full-Time Equivalents Lost per Year Due to Absenteeism, Canada, Selected Years, 1987–2005**



Source: Reprinted with permission from the Canadian Nurses Association, 2006.

Some nurses are more affected

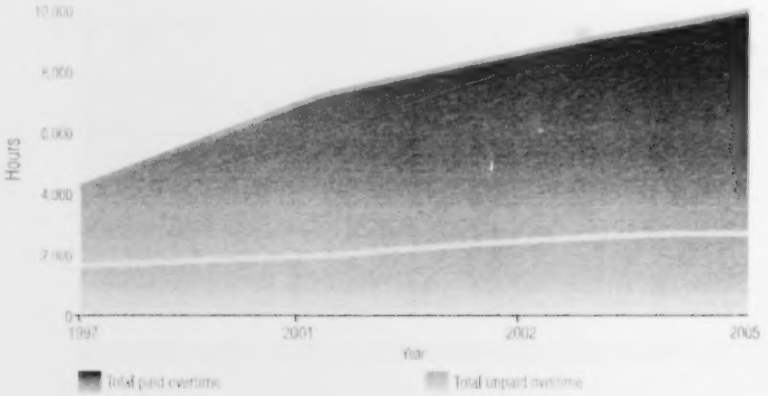
While both full-time (30 or more hours per week) and part-time nurse supervisors and RNs have experienced an increase in illness- and injury-related absenteeism since 1987, the rate of absenteeism for full-time workers is approximately 50% higher than for part-time workers. Rates of illness- and injury-related absenteeism have also increased among nurses of all age groups, although in 2005 there was a slight decrease in the rates of nurses less than 45 years old and an increase among nurses over 50.[2]

Working Conditions and Overtime

Overtime work is directly related to absenteeism and nursing hour shortages, and publicly employed nurse supervisors and RNs are more likely than the rest of the employed labour force to work overtime. In 2005, the incidence of overtime for these nurses was 26%, compared to only 22.5% for the rest of the employed labour force. The 2005 overtime rate was higher than the estimated rate of 26% in 2002, and considerably higher than the 1997 rate (15.3%). Working overtime increased by 58% between 1997 and 2005, although the average hours of overtime worked each week did not change (6.4 hours).

While a significant amount of overtime is unpaid, paid overtime in 2005 amounted to the equivalent of 7,468 full-time positions. When unpaid overtime is factored in, 10,054 full-time equivalent positions (FTEs) are filled by nurses working overtime. That is an increase of 144% since 1997, when hours of overtime

Figure 4: **Aggregate Annual Overtime Hours as Full-Time, Full-Year Equivalents, Canada, Selected Years, 1997–2005**



Source: Reprinted with permission from the Canadian Nurses Association, 2006.

worked equalled 4,125 FTEs.[2] Figure 4 shows the aggregate annual overtime hours worked by nurses for selected years between 1997 and 2005.[2]

Implications of Absenteeism and Overtime

Needless to say, the cycle of increasing workloads, illness- and injury-related absenteeism, and overtime hours needed to fill the gap is taking its toll on both the health care system and on nurses and their families.

Cost to the system

The dollar cost of such high rates of absenteeism to the health care system is tremendous and comes in the form of productivity costs, wage replacements and disability pay-outs. In 2005, 16,500 nurses were absent an average of 20.0 hours each week due to illness or injury for a total work-time loss of 340,000 hours per week. This translates into 17.7 million hours per year or 9,754 full-time nursing positions.[2] Such a loss overtaxes a health care system that is already distressed with nursing hour shortages.

Strain on the family

The increasing workload and overtime hours puts a strain on personal and social relationships and reduces the capacity to cope with the emotional and physical stress encountered by nurses in their work and family roles.[16] On top of this—and in light of the fact that the vast majority of nurses are female—shift work, overtime and hours of work limit the time nurses' can devote to their families, not to mention social and leisure activities.[16]

Preparing for Emergencies . . .

Large-scale emergencies, such as infectious disease outbreaks, place additional stress on on already strained system. To facilitate planning, researchers from the University of Ottawa are exploring the different ways gender roles and family obligations may affect health workers under emergency conditions.

Preliminary results of a collaborative study involving Department of National Defence, Health Canada and other partners, *Caring about Health Care Workers as First Responders: Enhancing Capacity for Gender-based Support Mechanisms in Emergency Preparedness Planning*, show that health providers feel "unprepared, unsupported, and torn between loyalties to their profession, and particularly their families, who may fall ill as a result of occupational risk and exposure."[17]

Patient Care Is Affected

As discussed in the article on page 20, long work hours and heavy workloads are detrimental to patient care.[10] In the 2005 Nursing Sector Study, nurses cited onerous workloads as a barrier to patient care.[4] In another study, hospital nurses working more than 12.5 hours at a time were three times more likely to make mistakes. Moreover, errors and medical incidents increased significantly when nurses worked more than 40-hour weeks, or when they worked overtime.[4] When nurses cannot complete (or are prevented from completing) their duties, medication errors and patient falls may result.

The Challenge Ahead

Workplace and work force issues call for collaboration and input from all levels of government, in partnership with front-line health care providers, professional organizations and other stakeholders. The challenges of aligning efforts across organizational, jurisdictional and issue lines are evident. However, as discussed in the article on page 36, significant investments are being made, including those under the umbrella of the *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy*.

A Final Note

This article has summarized evidence of serious problems in nurses' working conditions, some of the reasons behind them, as well as the complex issues involved. Although there has been some progress, front-line nurses continue to work overtime, are injured or ill, lack support and become discouraged, stressed and burnt out. A closer examination of the links between working conditions and nurses' physical and mental health is critical and will be highlighted in the next article featuring the results of the *National Survey of the Work and Health of Nurses*.

Special thanks to Teklay Messele, Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, Health Policy Branch, Health Canada, for providing RNs-to-population data.

@ ***Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.***

Nurses' Work and Health: New Findings

Kathryn Wilkins, *Health Statistics Division, Statistics Canada*, **Fil McLeod**, *Special Surveys Division, Statistics Canada, and* **Margot Shields**, *Health Statistics Division, Statistics Canada*

From October 2005 through January 2006, nurses across Canada participated in a groundbreaking investigation—the first nationally representative survey on working conditions and the health of nurses. This article highlights some of the newly released findings that tell us about the nursing work force, nurses' workplace environments and their physical and mental health.

Are nurses more likely than the general working population to report work-related stress? Do nurses across the country face similar working conditions? What are the physical and emotional risks that nurses encounter at work? Results of the recently released (December 2006) *National Survey of the Work and Health of Nurses*[1] shed light on these and similar issues—a timely addition to the discussion on the working conditions of Canada's nurses.

Canada's Nurses

In 2005, an estimated 314,900 Canadians were employed as regulated nurses representing 2% of the total Canadian work force; female nurses accounted for 4% of all employed women. Eight in ten (79%) of Canada's employed, regulated nurses were registered nurses (RNs), one in five (20%) were licensed practical nurses (LPNs) and less than 2% were registered psychiatric nurses (RPNs)—who practise in the four western provinces.

About the Survey

Why a survey?

- spearheaded by Health Canada's Office of Nursing Policy to learn more about nurses' working conditions in relation to their physical and mental health

A collaborative effort

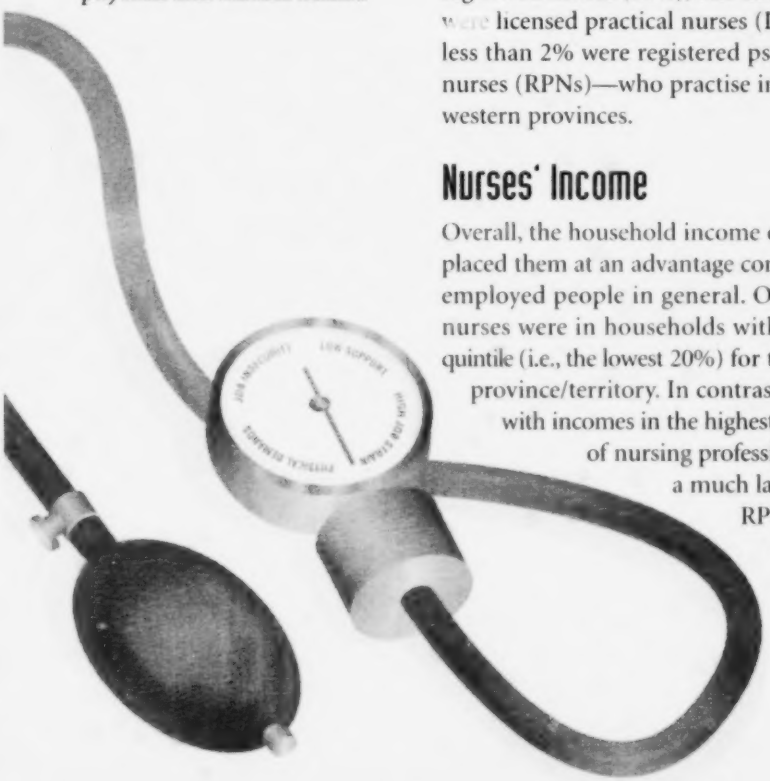
- collaboratively developed by professional nursing organizations, nursing unions, health care researchers, health information specialists and federal government departments
- conducted by Statistics Canada in partnership with Health Canada and the Canadian Institute for Health Information

Many surveyed, high response rate

- a total of 18,676 regulated nurses completed the Survey, representing licensed practical nurses (LPNs), registered nurses (RNs) and registered psychiatric nurses (RPNs) employed in a variety of settings
- 80% of sampled nurses responded to the Survey; only 7% refused to participate

Nurses' Income

Overall, the household income of nurses placed them at an advantage compared with employed people in general. Only 7% of nurses were in households with incomes that placed them in the lowest income quintile (i.e., the lowest 20%) for the general employed population within their own province/territory. In contrast, almost three in ten (29%) were in households with incomes in the highest quintile. However, a closer look at different types of nursing professionals showed some major differences. For example, a much larger proportion of LPNs (16%) than RNs (4%) or RPNs (3%) were in households classified in the lowest income quintile for their province/territory. Nurses' relative household income also differed across the country. In Québec, for example, nurses had a greater likelihood of being in a household with income in the lowest quintile than did nurses elsewhere in the country (see Figure 1).



Employment, Job and Workplace Characteristics

Findings indicate that nurses' working conditions differ by region, among types of nurses, and between nurses and the total population of employed Canadians.

Hours of work per week vary regionally

Not including overtime, Canadian nurses (including part-time workers) worked an average of 32.2 hours per week at their main job (defined as the job at which the nurse spent the most hours per week). The average work week for female nurses was 32.0 hours, slightly shorter than for male nurses (34.7 hours).

When both paid and unpaid overtime are taken into account, the average work week for a nurse was 35.7 hours. Nurses in Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, New Brunswick, and the territories averaged more hours at their main job than nurses elsewhere (overtime included)—especially in the territories where a nurse's average week was 47.8 hours with overtime.

Shift Length

Working 12-hour shifts is relatively common—over one in four nurses surveyed reported that their usual shift was 12 hours. For those with shifts of less than 12 hours, 97% worked a shift of 8 hours or less.

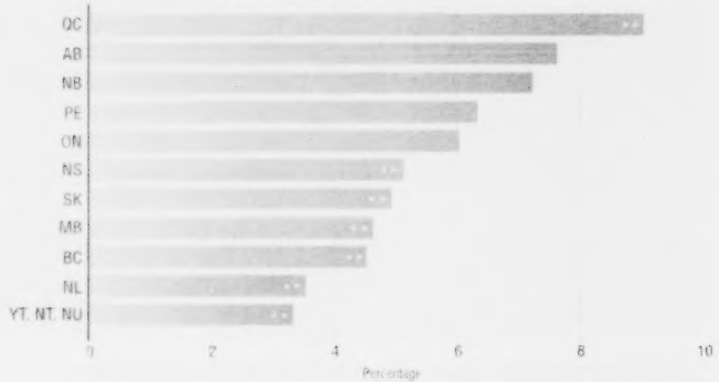
Overtime rates are higher for nurses

Despite widespread union coverage, nearly half (46%) of nurses reported that they were expected by their employer to work overtime. Three in ten reported that they usually worked paid overtime at their main job —an average of 5.4 extra hours per week. Working paid overtime was more common among nurses employed in a hospital (37%) than among those employed in other settings.

Compared with Canadian workers overall, much higher proportions of nurses worked paid overtime. For example, 30% of female nurses worked paid overtime, compared to only 13% of employed women in general. Similarly, 37% of male nurses worked paid overtime, while the rate was only 28% for employed males in general.

Unpaid overtime was even more common than paid overtime among nurses. Nearly half reported that they usually worked unpaid overtime at their main job—an average of four hours per week. Unpaid overtime was more common among nurses in Alberta, Manitoba and Ontario, where over half of nurses reported usually working unpaid overtime at their main job.

Figure 1: **Percentage of Nurses with Household Income in the Lowest Income Quintile,* by Province/Territory, Canada, 2005**



* *Quintile cut-points were derived separately for each province and the territories and based on household income of the employed population aged 21 or older, adjusted for household size.*

** *Significantly different from estimate for other jurisdictions, combined ($p<0.05$).*

Source: Shields and Wilkins, Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses.[1]

Changes in Nursing Care—Quality, Risks and Workload Pressures

When asked if the quality of care delivered in their workplace had changed over the past year, opinions varied. More than half (57%) of nurses surveyed said they felt it had remained the same, slightly more than one quarter (27%) reported deterioration in quality of care, while less than one fifth (16%) felt that quality of care had improved.

Opinions varied regionally. British Columbia nurses were more likely than their counterparts elsewhere to report that quality of care had worsened. More than one third (35%) of BC nurses reported deterioration—over twice the proportion (15%) in Prince Edward Island. Among nurses who said that quality of care had improved, the most common reasons given were improved management or reorganization, more staff, and more or improved training.

Staffing emerged from the Survey results as a major determinant of both positive and negative changes in quality of care. Having fewer staff was by far the most common reason cited for deterioration of care

(mentioned by 67% of nurses who said they perceived that the quality of care had declined); similarly, "too many patients" was mentioned by 38% of nurses who reported deterioration in quality of care.

Workplace injury, assault

Nurses in British Columbia and in Saskatchewan were more likely than those in the rest of the country to have been injured on the job: one in eight BC nurses (12%) and nearly the same share of Saskatchewan nurses (11%) reported injuries—about twice the proportion as in Prince Edward Island. On-the-job injury was reported by only 7% of Québec nurses.

Over one quarter (29%) of nurses who provide direct care reported that a patient had physically assaulted them in the past year—over four in ten male nurses (44%) reported physical assault, compared with slightly less than three in ten female nurses (28%). Emotional abuse from a patient was reported by 44% of nurses of both sexes.

Workload pressures

Over half (54%) of nurses said that they often arrived at work early or stayed late in order to get their work done; 62% reported working through breaks. Two thirds (67%) often felt that they had too much work for one person, and 45% said that they were not given enough time to do what was expected in their job.

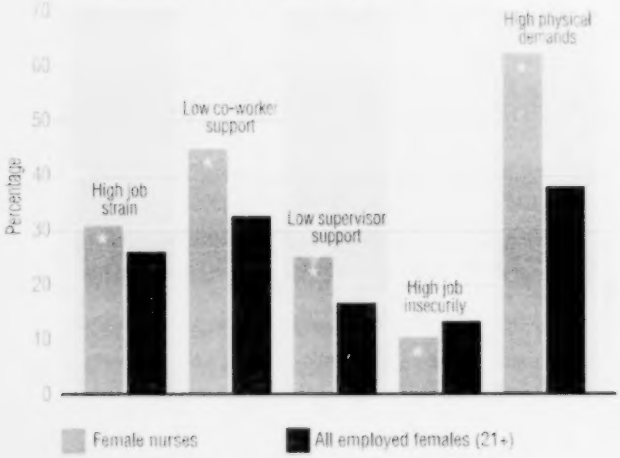
Stress, Respect and Job Satisfaction

The Survey assessed several dimensions of work stress, including job strain (i.e., when the psychological demands of a job exceed the worker's discretion in deciding how to do the job). Compared with employed people in general, higher proportions of nurses were classified as experiencing a high level of job strain. Among females, 31% of nurses versus 26% of employed women were determined to have experienced such stress. Among males, the proportions are somewhat lower—27% of nurses versus 18% of employed men (see Figures 2A and 2B).

More nurses—45% of females and 51% of males—felt they had low co-worker support; a far different picture than for the employed population overall, where the estimate for males and females was approximately 33%. However, nurses' perceptions of their working relations with physicians were overwhelmingly positive: 87% reported good relations; 81%, a lot of teamwork; and 89%, collaboration.

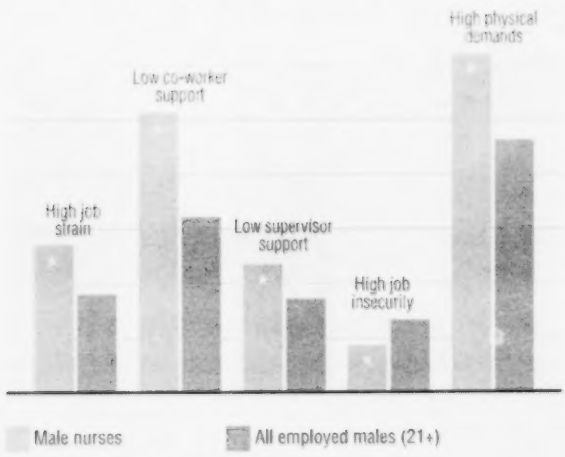
Job dissatisfaction was more prevalent among nurses than among the general employed population. About 12% of both female and male nurses were dissatisfied, compared with 8% of all employed women and men. At the same time, only 4% of nurses said they planned to leave nursing in the next year—most for retirement.

Figure 2A: **Percentage of Female Nurses and All Employed Females Reporting Work Stress, Canada, 2005**



* Significantly different from estimate for all employed females, combined ($p<0.05$).
Source: Shields and Wilkins, Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses.[1]

Figure 2B: **Percentage of Male Nurses and All Employed Males Reporting Work Stress, Canada, 2005**



* Significantly different from estimate for all employed males, combined ($p<0.05$).
Source: Shields and Wilkins, Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses.[1]

Physical and Mental Health

Back problems were more prevalent among female nurses than among employed women overall, but no significant differences emerged for men. One quarter (25%) of female nurses said they had chronic back problems, compared with 19% of females in the employed population overall. The proportions of nurses reporting migraine, high blood pressure, asthma and thyroid disorder were also higher than for the general employed population.

Depression was more common among nurses than in the employed population overall. Nearly one in ten nurses (9% of women and men alike) said they had experienced depression in the 12 months before they were surveyed, compared with 7% of all employed women and 4% of all employed men.

Health and job performance

Nurses related their health problems to their ability to perform their jobs. About one in three nurses stated that at least some of the time in the month prior to being surveyed, physical health problems had made their workload difficult to handle—and nearly one in five said that mental health problems had interfered with their ability to do their job.

For nurses across the country, the average number of days taken off during the year (prior to the Survey) for health-related reasons was 14.5 days. Nurses who had taken time off due to health missed an average of 23.9 days. An estimated 14% of all nurses had been absent for 20 or more days during the previous year due to health problems. In Québec, nurses who had taken time off for health reasons averaged a total of 44 days, well over twice as many days as any other province or territory (where average absences ranged from 13 to 20.6 days). However, only 48% of Québec nurses had taken time off work because of a health problem; the figure for all Canadian nurses was 61%.

Nurses related their health problems to their ability to perform their jobs. About one in three nurses stated that at least some of the time in the month prior to being surveyed, physical health problems had made their workload difficult to handle—and nearly one in five said that mental health problems had interfered with their ability to do their job.

Links between Work and Health

The data were analyzed to examine whether nurses' self-rated physical and mental health and health-related absences from work were associated with their work conditions. Multivariate analysis, controlling for potentially confounding effects (e.g., age, type of nurse, province/territory, etc.), was undertaken for both tangible factors of work organization and psychosocial factors of the job.

Overall, self-reported fair or poor general health, as well as fair or poor mental health in nurses, was linked to components of work stress, including high job strain and low support from their co-workers or supervisor. Other factors—low levels of autonomy, poor nurse-physician working relations, low levels of respect from superiors and high role overload—were also associated with poor or fair general and mental health. Being absent 20 or more days for health-related reasons was associated with high job strain, low supervisor support, low control over practice, lack of respect from superiors, and high role overload.

Further Analysis

The findings highlighted in this article provide a sampling of the variety of information collected by the 2005 *National Survey of the Work and Health of Nurses*. The results will continue to be analyzed to investigate the linkages between working conditions and nurses' health, and to identify the challenges ahead for improving working conditions for nurses.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

Nursing Shortages:

Where and Why

Kisalaya Basu *and* **Anil Gupta**, *both from the Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada*

Canada's current nursing shortage is expected to increase significantly in the next 15 years. This article explores both demand- and supply-side factors, and highlights the impact of demographic pressures and nurses' working conditions. As well, it applies newly developed models to predict nursing specialties where shortages will be the greatest.

There is evidence of a worldwide nursing shortage—including in Canada. In fact, a new report by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) underscores registered nurses (RNs) as "a shrinking and aging work force." Yet, Dr. Ginette Lemire Rodger, past president of the Canadian Nurses Association, noted that the nursing work force is an element important to the sustainability of the future health care system.[1] Further, the Association confirms that Canada will face a growing shortage of nurses over the next 15 years; specifically, it projects a shortage of 113,000 RNs by 2016, reflecting both expected supply and the increasing demand of an aging population.[2]

Understanding Shortages

Nursing shortages occur when the demand for nursing services exceeds the supply of nurses in the work force. Shortages cannot be measured directly, but must be estimated on the basis of complex models of demand and supply. Demand is determined mainly by the prevalence of diseases, available technology (including advancement of drugs/vaccinations) and public expectations. On the other hand, the supply of nurses is determined by the number of active nurses and the amount of time they work.

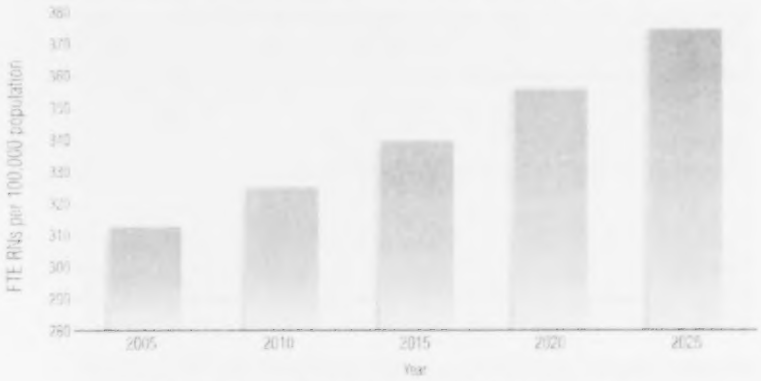
A study of nursing in OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) countries summarizes the causes of current nursing shortages.[3] As previous articles have shown, many are linked to working conditions:

- increased demand for nurses due to aging populations
- new technologies that increase the range of treatable conditions
- greater consumer activism
- a falling or slow-growing supply, due to fewer younger people entering the nursing work force
- a greater range of professional opportunities outside nursing
- the low social value given to nursing
- negative perceptions of nursing conditions
- an aging nursing work force

Arguments of Supply and Demand

To a large extent, the current shortage of nurses in the hospital sector is due to the fiscal restraint imposed on that sector in the early to mid-1990s. Other factors have also contributed to changes in nursing employment levels since then. According to supply-side proponents, deteriorating working conditions and stagnant wages have caused nurses to voluntarily leave for better employment prospects elsewhere, including the United States. By contrast, demand-side proponents argue that hospitals have reduced staff levels in response to a decline in inpatient use.[4] As this article shows, both perspectives have merit.

Figure 1: **Demand Forecasts for Full-Time Equivalent In-Hospital and Home Care RNs per 100,000 Population, Canada, Selected Years, 2005-2025**



Source: Health Canada, Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, RN Demand Model.

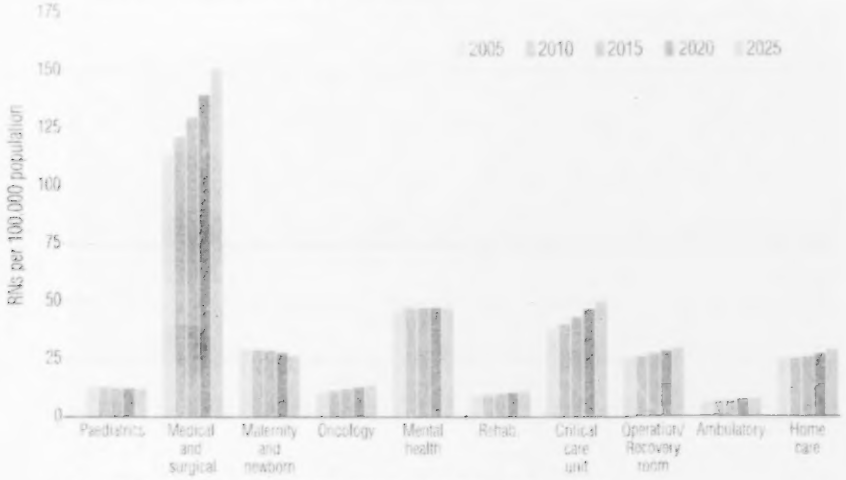
Changing Demand Patterns

The demand for nursing services is determined by a number of factors, including both the size and demographics of the population. Population aging is particularly important as the age distribution of a population affects both the prevalence and patterns of disease.

Disease patterns of aging

With an aging population, the prevalence of age-related diseases is expected to increase. For example, administrative data from Nova Scotia shows that over the next 20 years—other factors remaining the same—there will be a significant *increase* in treatment requirements for diseases of the circulatory system (36%); neoplasm (29%); endocrine, nutritional and metabolic diseases and immunity disorders (25%); and diseases of blood and blood-forming organs (25%).[5] However, demographics will *decrease* requirements in other areas, such as complications related to pregnancy, childbirth and the puerperium (12%). For paediatric patients, the prevalence of all diseases will decline.

Figure 2: **Demand for Full-Time Equivalent RNs per 100,000 Population, by Selected Nursing Functions, Canada, Selected Years, 2005-2025**



Source: Health Canada, Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, RN Demand Model.

Demand for RNs by hospital function

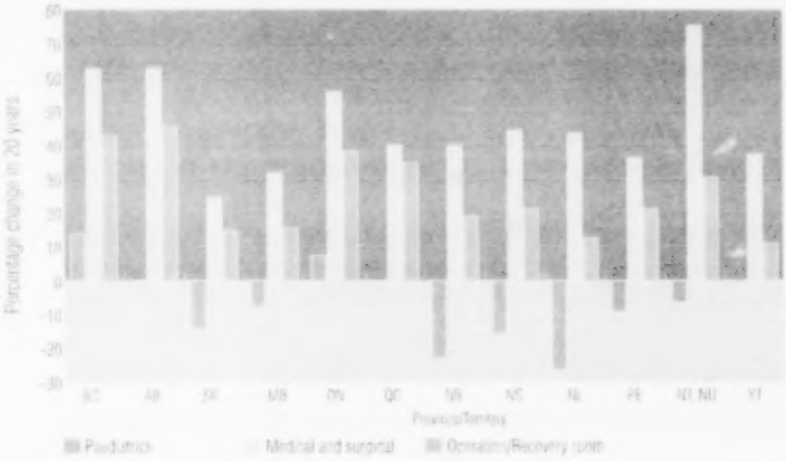
In order to fully understand shortages, we have to determine both demand and supply of nurses. Modelling the demand for nurses is a complex task. The Microsimulation Modelling and Data Analysis Division (MSDAD) of Health Canada has built a health human resources model that forecasts the demand for in-hospital and home care full-time equivalent (FTE) RNs per 100,000 population. The model was built using the Discharged

Abstract Data (2000) for all provinces and territories. Utilization-based demand was determined by using Resource Intensity Weights (RIW), which is a measure of the resources used by each discharged patient.

Using the model[9] and a base year of 2001, Figure 1 shows demand forecasts for nurses in both the hospital and home care sectors up to the year 2025.

MSDAD's model not only projects the aggregate demand for FTE in-hospital and home care RNs, it also breaks down the in-hospital demand for RNs by nursing function, such as paediatrics; medical and surgical; maternity and newborn; oncology; mental health; rehabilitation; critical care unit; operation room/recovery room; ambulatory; and home care.

Figure 3: **Percentage Growth in In-Hospital and Home Care RNs per 100,000 Population, by Province/Territory and Selected Nursing Functions, 2005-2025**

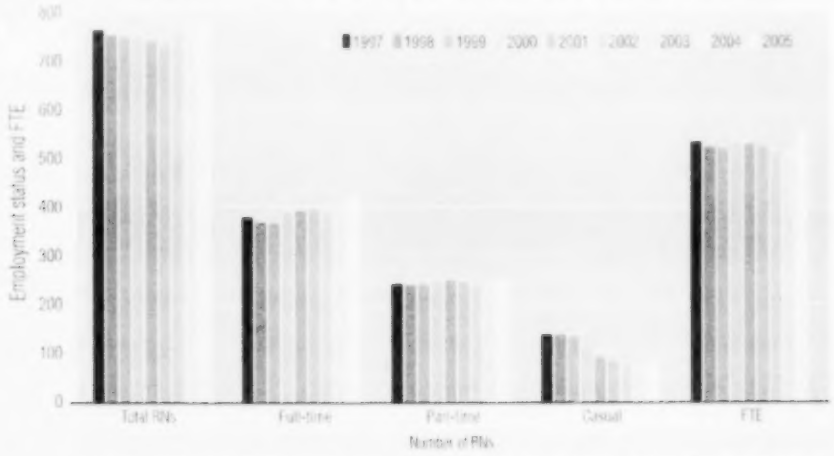


Source: Health Canada, Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, RN Demand Model

Figure 2 shows projected demand for RNs by nursing function from 2005 to 2025. This includes all in-hospital RNs, as well as RNs working in home care. As expected, relatively higher growth in demand for RNs is forecasted in nursing functions associated with the treatment of older patients.

Figure 3 shows the projected growth for in-hospital FTE RNs per 100,000 population by province/territory for several nursing functions from 2005 to 2025. The forecasts for demand for different types of nurses will reflect the prevalence of different diseases, as well as the demographics. Overall, the model forecasts a growing demand in all provinces over the next 20 years for selected nursing functions related to aging, such as for medical and surgical, and operation room/recovery room services. However, for paediatrics nursing services most jurisdictions show a negative percentage change in growth, reflecting the aging of the population. British Columbia and Ontario are exceptions to this trend.

Figure 4: **Number of RNs Employed in Nursing, by Employment Status, Canada, 1997-2005**



Source: Canadian Institute for Health Information, various publications: Workforce Trends of Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, and Registered Psychiatric Nurses in Canada.

Supply of Nurses

Nursing supply is determined by a number of factors, such as the number of students entering nursing school, attrition rates, in- and out-migration, rates of retirement, rates of death, inter-provincial migration, working conditions, job satisfaction, retention and more. A headcount of working nurses provides some information about supply, but in order to be a useful tool it must be transformed into FTEs, which reflect the actual labour supply of nurses (see *Using Canada's Health Data*, page 44).

FTEs per 100,000 population provide a better picture of labour supply as they account for the actual supply serving a certain number of the population. Figure 4 shows the trend in RNs employment per 100,000 population, by employment status (full-time and part-time), casual status and FTE (per 100,000 population) from 1997 to 2005.[7] Clearly, the number of nurses (headcount) is not a good indicator of labour supply because all nurses do not work the same number of hours—almost half of the total RN population works part time. Figure 4 also shows that the total number of part-time and full-time RNs per 100,000 population remained more or less the same during this period, while there was a slight downward trend in the total number of casual RNs.

It is apparent that in the next few years a good portion of RNs will retire or will be working fewer hours. Unless a considerable number of RNs enter the work force, the supply will not meet the needs of a growing and aging population.

An aging nursing work force

The aging of the nursing work force also affects supply because of increased retirements and reduced working hours for the older nurses who remain in the work force. According to a 2006 report from CIHI, the average age of nurses was 44.6 years in 2004. That same year, 36% of the RN work force was aged 50 years or older, with almost 7% aged 60 or older.[2]

According to a CIHI study, the number of RNs eligible to practise increased by 3.4% (254,751 to 263,356)[2] between 2000 and 2004. These figures include RNs employed in nursing, RNs not employed and RNs who failed to state their employment status. By contrast, the Canadian population grew by approximately 4% during the same period, from 30.7 million to 32.0 million.

In summary, it is apparent that in the next few years a good portion of RNs will retire or will be working fewer hours. Unless a considerable number of RNs enter the work force, the supply will not meet the needs of a growing and aging population.

Working conditions and supply

According to one study,[8] poor working conditions are also affecting nursing shortages as older nurses leave the profession and fewer younger workers are attracted to it. The study focused on the need for nursing demand to match nursing resources to ensure a certain degree of predictability in the work environment. It also revealed that:

- Canada's nursing shortage is due at least in part to a work environment that "burns out" the experienced and discourages new recruits.
- Nurses who are greatly stressed and vulnerable to injury have a higher absenteeism and disability rate than any other profession.
- Though increased workloads improve short-term productivity, they may increase long-term costs, as stress and illness among nurses lead to poor judgment and low productivity.

As discussed in other articles, this situation is exacerbated by the common practice of asking nurses to work overtime rather than staffing vacant or new positions.

Figure 5 illustrates the cycle which results in further nursing shortages and

Figure 5: **Cycle of Shortages in Nursing Supply**

Table 1: **Exit Rate of RNs, by Employment Status, Canada, 2003-2004**

RN Employment Status	Number of RNs Employed	Exit Rate (%)
Full-time	124,147	3.3
Part-time	77,380	3.3
Casual	25,468	7.3
Unknown	14,347	4.0
Total	**241,342**	**3.7**

Source: Canadian Institute for Health Information, 2006.[2]

puts additional strain on working nurses. This disrupts care and makes planning difficult, resulting in considerable costs to the health care system and to the quality of patient care.

In part, working conditions are endogenous.[4] This means that if total patient volume stays the same, then a reduction in nursing staff levels—all other things being equal—will lead to an increase in per-nurse workload—and a worsening of working conditions. This, in turn, leads to more nurses leaving the sector, thereby decreasing staff levels even more.

Recruitment and retention

Recruitment and retention are also key factors in nursing supply. According to a 2006 CIHI report,[2] an average of almost 7 out of 100 RNs exit the profession annually. The exit rates vary from 1.4% in Manitoba to 6.3% in Prince Edward Island, with Yukon and Northwest Territories each exceeding 13%. As presented in Table 1,[2] exit rates also varied by employment status. It should be noted that exit from one jurisdiction to another does not necessarily signal a loss to the Canadian health system; regardless, this still highlights the number and proportion of RNs who chose not to renew their licensure the following year.

One study[9] emphasizes the significant impact of exits by mid-career nurses in their late 30s and 40s who have 15 or more years' experience. This group has professional and corporate memory, patient expertise, and the experience and wisdom that young nurses depend on for coaching, mentoring and support.

According to the evidence, nursing shortages are affected by a complex mix of supply and demand factors. Canada's supply of nurses will continue to be affected by demographics, recruitment and retention issues, and working conditions, while demand for nursing specializations will largely be driven by our aging population.

To Sum Up

According to the evidence, nursing shortages are affected by a complex mix of supply and demand factors. Canada's supply of nurses will continue to be affected by demographics, recruitment and retention issues, and working conditions, while demand for nursing specializations will largely be driven by our aging population. From an empirical researcher's perspective, projecting the future supply of nurses is a complex task since many of the exit/entry issues are a function of working conditions. These conditions will strongly determine whether individuals are attracted to and retained in the nursing profession, and will therefore be an essential factor in the formidable challenge of eliminating nursing shortages.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

A Question of Patient Safety

Kendra Hunter *and* **Isabel Giardino**, *Quality Care, Technology and Pharmaceuticals Division, Health Care Policy Directorate, Health Policy Branch, Health Canada*

Over the past decade, research has focused on many aspects of the working conditions of nurses and their impact on patient safety. The results have shown that increasing workloads, extended working hours and decreased job satisfaction are significantly affecting patient outcomes. This article examines the research and underscores the importance of fostering effective communication between nurses and other members of the health care team.

What Is Patient Safety?

Patient safety is increasingly recognized as one of the most significant issues facing health systems around the world. In its seminal report *To Err is Human*,[1] the Institute of Medicine estimated that as many as 98,000 hospitalized Americans die each year as a result of errors in their care.

In 2004, Canada completed its first national study[2] on adverse events in acute care hospitals. This retrospective study estimated that 7.5% of patients admitted to acute care settings experience adverse events, and that 9,000 to 24,000 patients die annually following a preventable adverse event in hospital.

An adverse event is an unintended injury or complication which results in disability, death or prolonged hospital stay, and is caused by health care management (rather than by the patient's underlying disease process).[4]

This high volume of health care errors has received attention from policy makers and health care stakeholders. In December 2003, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) was established.[3] It provides leadership and a national focal point for patient safety and quality improvement by promoting best practices, and developing strategies, frameworks, standards, tools and guidelines.

Since it began, CPSI has taken a systems approach to improving patient safety, while moving away from the culture of blame. This is in keeping with research conducted on error, which shows that most quality failures result from the complexity of systems, not from poor, incompetent, or purposefully harmful individual performance.

But the changes necessary to improve patient safety are as much cultural as technical: "Creating a culture of safety requires attention

not only to the design of our tasks and processes, but to the conditions under which we work—hours, schedules and workloads; how we interact with one another; and, perhaps, most importantly, how we train every member of the health care team to participate in the quest for safer patient care."[5]

The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) recognizes the importance of a safety culture in the accreditation decision process. In 2005, CCHSA released its *Patient Safety Goals and Required Organization Practices* organized under five categories: Culture; Communication; Medication Use; Work Force/Work Life; and Infection Control. The Work Force/Work Life goal focuses on creating a work life and physical environment that supports the safe delivery of care/service, and is supported by a number of required practices—for example, to deliver to all staff (at least annually) education or training on patient/client safety.[6]

Clearly, the systems approach to reducing error acknowledges the significant impact that working conditions have on patient safety.

The risk of an error significantly increases when nurses' shifts are longer than the standard 12 hours, or when they work overtime or more than 40 hours per week.

Working Conditions and Patient Safety

Over the past decade, Canadian and international studies have focused on many aspects of the working conditions of nurses and their impact on patient safety. Reflecting the challenges highlighted in previous articles, research has found that increased workload, extended working hours and overtime, level of education and work experience significantly affect patient outcomes.

Increased workload

One study showed that with each additional patient in an average nursing workload, there was an average 7% increase in failure-to-rescue.[7] If a nurse's workload went from four to six patients, the odds of patient mortality increased by 14%. Conversely, higher staffing levels have been linked to improved quality of care and patient outcomes.[8] The research shows that low nurse-to-patient ratios are associated with complications and poorer patient outcomes,[8] increased rates of mortality and failure-to-rescue among surgical patients,[9] and nurse burnout and job dissatisfaction.[9]

Extended working hours and overtime

The risk of an error significantly increases when nurses' shifts are longer than the standard 12 hours, or when they work overtime or more than 40 hours per week. Moreover, working overtime increases the odds of a nurse making at least one error, regardless of how long the shift was originally scheduled.[7]

Nursing staff mix

The higher the proportion of professional nursing staff in a health unit or hospital, the fewer reported adverse events. Results of a study of Ontario teaching hospitals show that the lower the proportion of professional nursing staff employed on medical and surgical units, the higher the number of medication errors and wound infections.[10] A greater proportion or number of hours of nursing care provided by registered nurses (RNs) was associated with better care for hospitalized patients[11] and fewer adverse events, such as falls.[12]

A similar study by the American Nurses Association found that higher levels of professional nurse staffing were related to shorter patient stays and fewer preventable adverse events, including pressure ulcers, pneumonia, urinary tract infections and postoperative infections.[13] Although some research has found that a higher ratio of RNs is associated with lower mortality, results are conflicting.[14]

Work experience and level of education

Levels of education and work experience are also correlated with better patient outcomes. Several studies found that nurses with a baccalaureate are more likely to solve problems, communicate effectively, and perform complex functions and behaviours critical to improved patient safety. Moreover, hospitals with a higher proportion of nurses with a baccalaureate had decreased patient mortality.[15]

Greater nursing experience has also been associated with fewer adverse events. A Canadian study found that as the years of nursing experience increased, patient deaths decreased.[16]

The Role of the Workplace Environment in Patient Outcomes

Communication is key

Communication between nurses and other members of the health care team is emerging as the single most important factor affecting quality of care. In a major U.S. study of just under 3,000 hospitals conducted over the period 1995–2004, communication failures among team members were the primary cause in 60% of sentinel or serious adverse events, with lack of communication on patient status at "hand-off" cited as the most common reason.[17]

A sentinel event (also known as a "critical event," "serious adverse event" or "critical clinical occurrence") is an incident resulting in serious harm (loss of life, limb or vital organ) to the patient, or the significant risk of harm. Incidents are considered sentinel when there is an evident need for immediate investigation and response.[18]

Nursing autonomy and improvements in team communication are positively correlated with quality of care and higher levels of job satisfaction.[19] Quality communication, interactions and coordination among health providers allow team members to influence improvements in the quality of care,[20,21] while also resulting in increased positive patient outcomes.[22,23]

Collaboration

Effective team collaboration has consistently been found to be significant in obtaining desired patient outcomes.[24] Nurse-physician collaboration has a positive effect on nurses' caregiving decisions,[25] while decreasing the risk of negative outcomes such as readmissions and patient deaths.[26,27] Effective interaction, communication and conflict management abilities have been significantly associated with a shorter length of stay for patients and higher technical quality of care.[28]

Collaboration is especially important as the complexity of the patient-care situation increases.[29] Hospitals that achieved lower adverse events for surgical services used a greater number and variety of coordinating methods.[30] These hospitals had better perceived quality of care, less morbidity, reduced lengths of stay and fewer adverse events.

Other factors

Strong nursing leadership contributes to positive patient outcomes by developing staff expertise and stability.[31] Results of a study of nursing homes identified that the longer the director's tenure, the lower the prevalence of restraint use and complications of immobility.[32]

The demand for 24-hour medical care requires that all health care providers work in shifts. The shift change—when incoming and outgoing workers have to exchange information and hand over important duties—is a critical time. Research on "handovers" on internal medicine wards has found that medication errors are often attributed to poor transitions; however, other studies found that these transitions sometimes lead to recoveries from potential failures.[33] In a one-year study in five emergency departments in Canada and the U.S., transitions sometimes led to patient reassessments due to questions from the incoming caregiver.[34]

New Initiatives Are Improving Patient Safety

While patient safety remains a challenging issue for nurses and health professionals, systemic changes have resulted in significant improvements, both in the working conditions of nurses and for patient outcomes. As noted earlier, improving nursing autonomy and staffing levels has reduced adverse events and patient mortality.

Two recent reports from the Canadian Health Services Research Foundation[15,35] evaluated research on nurse staffing and patient safety, and made several recommendations, including that patients should be cared for by highly educated, regulated and experienced nurses. They also recommended that standard nurse staffing definitions be created and used to help compare research findings and to build stronger evidence for policy and practice.[35]

Several recent initiatives involving nurses as part of a multidisciplinary team are resulting in significant improvements. Launched in April 2005, the "Safer Healthcare Now!" campaign has become a key component in the advancement of patient safety in Canada.[36] It has enrolled more than 170 organizations, including hospitals and health regions, as well as over 544 clinical teams. The campaign's goal is to improve health care

Patient Safety in Other Sectors

Patient safety research has focused on acute care hospitals, with few studies of other health care settings such as home, community and long-term care. Yet nurses provide patient care in all locations in which health care is delivered—hospitals; nursing homes; clinics and physicians' offices; community health centres; private homes; nursing stations; schools; and workplaces. Emerging evidence indicates that there are safety issues unique to care settings—for example, in home care:[37]

1. The environment is less controlled than in institutions, with much of the care provided by unregulated workers, family and caregivers in settings designed for daily living rather than providing health care.
2. The client, family, caregiver and provider are interlinked and must be included in the patient safety equation.
3. Communication and coordination issues are problematic among service sectors, providers, caregivers, family and clients.
4. There are challenges concerning the use of health care technology in an uncontrolled and unregulated home setting.

delivery by focusing on patients and their safety by promoting a collaborative effort among health care providers.

Several Canadian hospitals have begun using a communication technique called SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation).[38] The tool consists of standardized "prompt" questions to ensure that clear, consistent, relevant and focused information is conveyed among health professionals.[39]

Recently, a group of Canadian hospitals in the Hamilton area piloted an initiative aimed at improving communication during shift changes and handovers. Nurses' concerns led to a hospital-wide project implementing evidenced-based Transfer of Accountability (TOA) Guidelines and a bedside patient safety checklist.[40] The standardized approach to handovers improves the effectiveness and coordination of communication among nurses at shift change, and fosters complete communication of patients' needs.

Technology also plays an important role in improving patient safety. For example, some centres in Canada are combining simulations and telehealth to provide a safe environment for health professionals to practise procedures and engage in complex scenarios.[41,42] These simulations allow nurses, physicians and other health care professionals to gain experience in handling and managing emergencies, unexpected events and difficult situations, and to make improvements in teamwork skills, communication techniques and the management of resources. The telehealth component allows health professionals to learn from a distance.

Nurses are the health care providers Canadians are most likely to spend time with at some of their most vulnerable moments. As front-line providers of care in many settings, nurses have always been champions for quality care.

Nurses are the health care providers Canadians are most likely to spend time with at some of their most vulnerable moments. As front-line providers of care in many settings (see sidebar), nurses have always been champions for quality care. With patient safety emerging as a significant national and international health care system issue, nurses will continue to be at the forefront of campaigns and initiatives ensuring that patients receive safe, high quality care.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

Knowledge Utilization:

How Can We Improve Nurses' Working Conditions?

Glenn Irwin, *PhD*, **Marie-Josée Therrien**, **Tiffany Thornton**, **Julie Creasey** *and* **Melissa Thornton**, *all from the Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada*

The authors would like to acknowledge the input of **Margaret Fitch**, *RN, PhD,* **Lesley Frank**, *MA,* **John N. Lavis**, *MD, PhD,* **Michael Leiter**, *PhD,* **Marlene Smadu**, *RN, EdD, and* **Ellen Rukholm**, *RN, PhD.*

Several key reports in recent years have made recommendations on improving working conditions for health professionals. However, little was known about how these reports were being considered and used. This article features findings from five knowledge utilization research projects, and discusses the role that reports can play in improving working conditions for nurses.

Engaging the Research Community

In 2002, a Department-wide consultation of senior officials led by Health Canada's Health Policy Research Program (HPRP) identified research on the utilization of reports on quality workplaces for health professionals as a priority area that was not being addressed by other funders.

While a growing number of reports on quality workplaces in the health care field tabled recommendations for improving the working conditions and the health care system, evidence was needed on the uptake of these reports and their resulting impacts. To learn more about how or whether the information, report recommendations and strategies had been used to improve health care working conditions, HPRP released a Request for Applications in March 2003. The overall purpose of the research was to examine the impact the reports had in creating healthy workplaces for Canadian health professionals. Specifically, the research objectives were to:

- study the dissemination of key reports
- assess how or whether the reports were considered
- investigate whether report recommendations were implemented
- identify barriers and/or facilitators, both in implementing the recommendations and for creating healthy workplaces for health professionals

Five applications passed policy relevance and scientific peer review. The funded projects approached the research objectives from differing perspectives using a variety of methods, including surveys, focus groups and case studies.

While some researchers included other reports in their research, all five projects focused on four key health human resources reports:

- *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System* (2001)[1]
- *Creating High Quality Health Care Workplaces* (2002)[2]
- *Our Health, Our Future—Creating High Quality Health Care Workplaces for Canadian Nurses* (2002)[3]

- *Health Human Resource Planning in Canada—Physician and Nursing Work Force Issues* (2002)[4]

Research Highlights

Results of the five projects became available in the summer and fall of 2006. In keeping with the original intent of the Request for Applications, they focus on the knowledge transfer of reports and the implementation of recommendations for improving working conditions of all health professionals. The results of the projects also provide an understanding of nurses' current working conditions, and of the barriers and facilitators for change. The findings presented below focus on the latter. More detailed information on the projects is available on the Health Canada website: <http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/results-resultats/proj015_e.html>.

Evidence from Policy Makers and Researchers

A project entitled *The Supply, Distribution and Working Context of Health Professionals: Why Do Things (Almost) Never Change?* was led by John N. Lavis of McMaster University.[5] The findings showed some similar viewpoints among researchers and policy makers. For example, a high proportion of both groups agreed that research organizations/researchers and policy makers are jointly responsible for knowledge translation. However, their views differed over whether broad challenges in intergovernmental relations had hindered health human resources policy making, with the majority of researchers suggesting that they had and the majority of policy makers disagreeing. However, this was a unique example, as there was overall agreement on the influence of other factors on health human resources policy making.

Health Human Resources Reports Studied: Recommendation Highlights

The four key reports included a number of recommendations:

Promote workplaces that value employees, support leadership, recognize seniority, and reward efforts and achievements.

Fund continuing education and professional development, and promote learning in the workplace.

Promote workplace health and safety (i.e., provide appropriate supplies, implement policies to prevent violence and abuse).

Address staffing issues (i.e., offer competitive pay, address the mix of full- and part-time status, develop an integrated health human resources strategy).

Ensure manageable workloads (i.e., employ support staff to assist nurses, reduce non-nursing tasks).

Conduct ongoing monitoring (i.e., forecasting HHR demands, the health of nurses, spending).

Address quality of life issues (i.e., flexible scheduling, child care).

Case studies

Of the project's four case studies, two related directly to nursing:

- the (initial lack of) attention to nurses' working environment during a period of hospital restructuring and downsizing in Ontario, and the establishment of the Nursing Task Force
- the decision to provide public funding for nurse practitioners in Newfoundland and Labrador to address (at least in part) poor physician distribution

These studies demonstrated that increased knowledge translation helped to direct political attention towards issues in nursing work environments. It also made policy networks that had previously been limited to health care executives and government officials more accessible to a broader range of social actors. The heightened engagement enabled new policy choices.

Evidence from "the Field"

While Lavis' work focused on knowledge translation and its influence on health human resources policy, the *Nursing Environments: Knowledge to Action* (NEKTA) project, led by Michael Leiter of Acadia University, examined knowledge uptake in the field in Atlantic Canada.[6] Leiter's results showed limited transfer of the reports. Few nurses on the front line knew of them—with the exception of the highly publicized Romanow Report.[7] However, nursing stakeholders and health human resources planners in government, unions and professional associations, as well as administrators in health care organizations used these reports in a various ways, including as information sources and lobbying tools. In analyzing transfer and use, NEKTA also identified several factors that act as facilitators or barriers for knowledge transfer and utilization, including: report length and readability; dissemination processes; roles and workload; influence of the disseminator; endorsement within nursing

environments; and the amount of human and financial resources devoted to their dissemination.

Signs of positive change

Despite the barriers to transfer and use—and limited evidence of familiarity with the reports—NEKTA showed that the issues in the reports studied were topics of discussion and action across the region. As such, it found some positive changes in nurses' working environments in Atlantic Canada and gathering momentum as governments, schools and nursing leaders address issues of work force supply and quality of work life.

Researchers measured changes in nursing environments by grouping them in seven key theme areas:

1. **Work Force Supply** (health human resources strategies, education, number of nurses employed, recruitment and retention)
2. **Workload** (easing workload, nurse-to-patient ratio, support staff, equipment)
3. **Hours of Work** (employment status, scheduling, overtime)
4. **Work and Health** (healthy workplace culture, health of nurses)
5. **Nursing Leadership** (integrating nurses into governance, nurse managers' span of control, succession planning, supports for managers)
6. **Scope of Practice** (maximizing scope of practice, reviews of scope of practice)
7. **Information Systems** (integrated human resource information systems, workload measurement, other workplace systems such as electronic health records)

Positive change was demonstrated in work force planning, leadership, scope of practice and information systems. Success was also evident in provincial nursing strategies, phased-in retirement, continuing education, increases in university nursing seats, conversion of casual positions to full time and healthy workplace agendas (see sidebar below).

Persisting challenges

There were fewer changes in other areas, especially quality of work life, and participants were discouraged about how slowly change occurred. Particularly at the institutional level, nurses, managers and administrators were all challenged by quality of work life issues such as workload, staff shortages and retention. For example, NEKTA highlights the issue of burnout for nurses. Figure 1 shows how nurses in Atlantic Canada scored on *energy* and *efficacy*, indicating exhaustion and low confidence in their work. They also scored in the negative range on five areas of work life that can contribute to burnout (see Figure 2); manageable *workload* (demands are manageable within available time, resources and energy), *control* (decision-making involvement and personal autonomy), *reward* (opportunities for recognition and enjoyable work), *fairness* (respect, equity and social justice) and *value* congruence (between individual and organizational values). The only area that scored in the positive range was *community* (the social world of work including social support and interpersonal conflict), but these results were not significant.

Evidence on Barriers and Facilitators

The work led by Marlene Smadu of the University of Saskatchewan, entitled *Promoting High Quality Health Care Workplaces: Learning from Saskatchewan*, focused on barriers and enablers to knowledge translation.[8] Her report concluded that study participants were not aware of the specific policy documents identified. However,

Positive Changes Observed by the NEKTA Project

Creation of education initiatives and supports for students (such as Nursing Re-entry Programs in Nova Scotia and the Rural Student Nursing Incentive Program in Newfoundland and Labrador).

More nurses employed—all four Atlantic Provinces showed an overall increase in the number of registered nurses (RNs) from 2003 to 2004.

Introduction of float pools across Atlantic Canada provides job variety and an increase in full-time positions.

Figure 1: **Burnout/Engagement Profile**

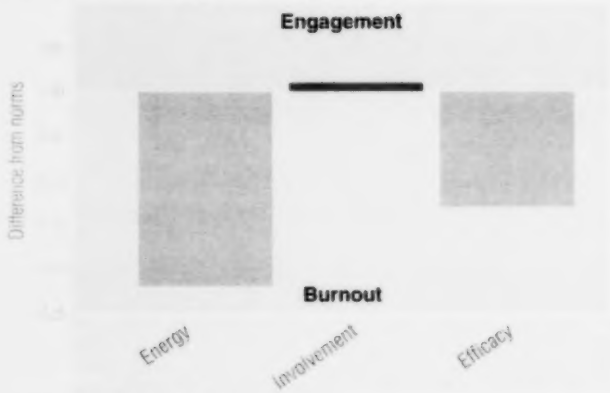
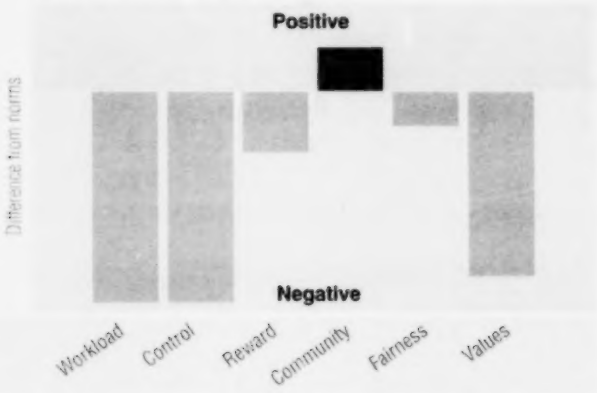


Figure 2: **Areas of Work Life Profile**



Source for Figures 1 and 2: Leiter, 2006.[8]

effective communication was seen as a critical factor in developing high quality health care workplaces, as well as in their sustainability. Other enablers included employee recognition, respect and trust, and teamwork. Budget constraints were considered to be a key barrier, with front-line workers noting that budget decisions came from above with little consultation. Also cited as barriers were employee morale, workload and the *Health Information Protection Act*, which was seen as having a negative impact on teamwork and communication.

The report recommended the use of leadership programs, and change management and communication strategies to create high quality health care workplaces. To improve knowledge transfer and evidence-based decision making, the recommendations focused on improved knowledge dissemination to target audiences, the use of deliberative processes that allowed for face-to-face interaction between different levels of decision maker, and knowledge utilization networks. They also encouraged the creation of mechanisms traditionally considered more personal or colloquial, such as blogs or web pages, meeting minutes or newsletters.

Evidence from a Regional Perspective

Ellen Rukholm of Laurentian University highlighted a specific Canadian region in her report, *Knowledge Utilization: Creating Quality Northern Rural Workplaces.*[9] It showed that senior and middle managers had little or no knowledge of the reports and that they had not been disseminated effectively. She identified a number of barriers to implementation, including relevance, insufficient resources and competing priorities. Her project included suggestions for developing policies and procedures to support implementation, which would: 1) be transferable to northern settings; 2) improve access to opportunities currently limited by distance; 3) build capacity; 4) promote sharing of resources; 5) link with local networks; 6) support accreditation standards; 7) include an evaluative component; and 8) outline leaders' expectations.

Evidence from Cancer Settings

Margaret Fitch of the Sunnybrook Health Sciences Centre addressed a specific field of nursing in *Canada's Experience Translating Workplace Knowledge in Cancer*

Overtime hours reduced in some areas by creating full-time positions from the causal work force.

Healthy workplace agendas in the strategic plans of all the six data collection sites.

Healthy Workplace Coordinators hired in some health districts.

Support for front-line managers in training, leadership conferences and other forms of development.

Settings.[10] Cancer statistics have shown a steady increase in incidence and a shift toward treatment as a chronic disease. This has significant implications for workloads, suggesting that a substantial part of the future demand for nursing services will come from the field of oncology.

Awareness of the policy reports in cancer settings was lower than expected among senior decision makers, change champions, managers and staff nurses. Most who were aware used the information to validate their ideas or reinforce an initiative currently in place. The primary barrier to using the reports was seen as organizationally related (e.g., budgetary constraints and lack of organizational infrastructure).

Researchers observed many changes to improve the workplace conditions for nurses in cancer settings, such as initiatives to address recruitment and retention, augmentation of clinical support, professional development, and health and wellness recognition. However, the reports were seldom consulted directly to identify, plan or implement initiatives, and there were only limited systematic evaluations to assess workplace improvements for oncology nurses. Nevertheless, respondents did identify a number of success factors, including increased collaboration, commitment, clarity about expected outcomes, accountability for knowledge exchange and capacity for sustainability.

The Role of Reports

Overall, what do these research projects tell us about how reports on the working conditions of nurses can help? What roles can these reports play? How can they be more effective? What else is needed to improve nurses' working conditions?

Emerging evidence of positive change

In the most concrete sense, the working conditions of nurses are determined by the immediate physical, institutional and social environments in which they work. Responsibility for these rests with front-line supervisors and local administrators. However, according to the research summarized above, these are the people least likely to be aware of reports aimed at improving nurses' working conditions. Yet, as Leiter and Fitch show,[6,10] there has been some improvement in areas identified by the reports. To what extent these reports were responsible for the change is difficult to assess. In some cases, they may have fostered discussion that brought new ideas and approaches to the attention of front-line supervisors and administrators, or changed the constraints under which they operated.

Raising the issue

One role that the reports certainly played was to raise the profile of nurses' working conditions on the political agenda. Given governments' responsibility for providing and funding health care, as well as their activities in health human resources planning and education, it is unlikely that nurses' working conditions will improve unless they are given explicit consideration in government planning and policy-making processes.

Building collaboration

The reports also expanded the range of participants and interests involved in policy debates on the topic. They provided senior decision makers and other leaders with evidence to validate their own ideas, challenge others, assess change initiatives, or lobby for change. In this way, the reports supported a broader range of policy choices.

Barriers to Improving Workplace Health

Barriers to implementing change identified by HPRP research include:

Poor communication: Information is not always made available to all levels of the work force. Expectations are unclear—i.e., who is responsible for implementing change?

Lack of buy-in: Change requires collaboration among many players, some of whom may be more accepting than others. Agreement on an appropriate course of action may be difficult.

Lack of resources: Implementing changes requires financial and human resources, both of which can be in short supply.

Improving transfer and utilization

Evidence from the HPRP projects does not show whether these reports could have played other important roles in improving nurses' working conditions if a significant number of nurses, front-line supervisors and local administrators had been aware of them. However, the potential for increased transfer and utilization appears to exist. Some of the challenges facing nurses (e.g., discouragement about the slowness of change, quality of work life, communication, employee recognition, teamwork) might have been mitigated had nurses, their supervisors or administrators been aware of the findings and given the opportunity to discuss them in relation to their own workplaces.

Putting to use emerging knowledge on "facilitators" of knowledge transfer and utilization will assist efforts to improve working conditions for nurses. In turn, these efforts will contribute to achieving the goals of Canada's national health human resources strategy.

If these and similar reports can play a greater role in improving working conditions for nurses, how can they be made more effective? The projects summarized reinforce the importance of disseminating information by mechanisms and in formats suitable for the intended audiences. For example, Leiter noted that extensive media promotion of the Romanow Report[7] was one reason that front-line stakeholders were aware of it. Several of the projects also identified length and readability of reports as a key factor.[6] Research by Rukholm and Fitch showed that including issues specific to certain segments of the target audience could increase the reach and impact of such reports.[9,10] Additionally, Lavis noted that both researchers and policy makers see themselves as jointly responsible for knowledge transfer.[5] Thus, the institutional capacity to receive, digest and respond to such reports also influences their effectiveness.

Looking Ahead

This research provides abundant information on the barriers to implementing the reports' recommendations, including budgets, workload, competing priorities and lack of organizational infrastructure. These factors, in turn, link to issues such as the level and distribution of resources in the health care system, the demand for various types of health care services, and the competing demands on the health care system and its organizational resources. While these broader issues ultimately place some limits on what is possible, this type of report can help focus attention on nurses' working conditions when these broader issues are being considered.

As the interview on page 3 notes, and as the findings from the HPRP reports support, positive changes in nurses' working conditions are underway. Building on this momentum, putting to use emerging knowledge on "facilitators" of knowledge transfer and utilization will assist efforts to improve working conditions for nurses. In turn, these efforts will contribute to achieving the goals of Canada's national health human resources strategy. The next article explains the components of this strategy more fully.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

Competing agendas: Political agendas may differ from health care organizations' agendas and are subject to change.

Lack of context: Some of the recommendations may be vague, provide no direction for action, or not be applicable in all settings.

Time constraints: Immediate priorities (i.e., health crises, labour negotiations) take precedence over longer term goals. Nursing workloads limit time available for knowledge transfer.

Robin Buckland, *RN, MScN,*
Venetia Lawless *and*
M. Ian Bowmer, *MD, all of the Health Human Resources Strategies Division, Health Policy Branch, Health Canada*

The Power of Collaboration

This article examines recent investments and collaborative efforts made through the* Pan-Canadian Health Human Resource Strategy. *It also demonstrates how the federal, provincial and territorial governments'* Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resource Planning *constitutes a powerful policy lever vis-à-vis the working conditions of Canada's health care providers.

Healthy Working Conditions for All Health Care Providers

Nurses are a cornerstone in Canada's health care system. They constitute a major component of our health human resources, with an important role in virtually all aspects of health care delivery. As an integral part of the health care team, issues affecting nurses—such as working conditions—have an impact on the entire team and how it functions.

A healthy work force is a prerequisite to quality health services. Promoting healthy working conditions for all health care providers is a powerful policy lever. But, as Figure 1 shows, the solutions must come from multiple levels with collaboration among the many layers of players and stakeholders.

Multiple Levels of Influence

A recent study[1] identifies a number of themes important in the creation of high quality health care workplaces (see Figure 2). Several of these themes have been discussed earlier in this issue (e.g., human resource issues, information, systems and structures). Figure 2 also identifies other key themes for facilitating change. Supervisory support for balancing work and life, and the transparency of the process of decision making have been found to be enabling forces in a healthy working environment (**leadership**). Enabling forces also include improvements in autonomy and workplace practices that ensure fairness and the flexibility of managers (**work relationships**).

Clearly, there are multiple levels of influence and areas for potential action. Although many of these areas are well known, change will require the involvement of multiple stakeholders. The federal government, in partnership with key stakeholders, is playing an important role promoting healthy working conditions for Canada's health care providers by addressing the many components of health human resources planning that influence working conditions.

Figure 1: **The Power of Collaboration**

Following Through on an F/P/T Agreement

Canada's health care providers are part of a constantly evolving health care landscape in which factors such as an aging population and

work force and health care reforms (e.g., patient wait time guarantees) all contribute to the need for change. Health human resources are the health care system's greatest asset. In fact, Canada's ability to provide access to high quality, effective, patient-centred and safe health services depends on having the right mix of health care providers with the right skills, who are in the right place at the right time.

The *2003 Health Accord*, signed by all First Ministers, sets out a health care renewal agenda based on consultations with Canadians, including the Romanow Commission.[2] The *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy* responds to the Accord by seeking to secure and maintain a stable and optimal health work force and supporting overall health care renewal.[3] The three components of the Strategy contain important policy levers that can promote healthy working conditions for Canada's health care providers. The following section describes each component and highlights some of the achievements so far.[3,4]

At the heart of any health care system are the people who deliver care—health human resources.

Figure 2: **Key Themes Critical to the Creation of High Quality Health Care Workplaces**

Source: Adapted from Smadu et al., 2006.[1]

The Strategy: Progress to Date

Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice (IECPCP)

Collaborative patient-centred practice is a practice orientation, a way of health care professionals working together and with their patients.

. . . changing the way we educate health providers so Canadians will have better and faster access to the health care they need when they need it, ultimately boosting the satisfaction of both patients and health care providers

Interprofessional, collaborative team-based practice may well be the way of the future.[5] Collaborative patient-centred practice promotes the active participation of each discipline in patient care by optimizing staff participation in clinical decision making within and across disciplines, and encouraging respect for the contributions of all professionals.[6] Increasingly, evidence suggests that collaborative, team-based practice results in improved job satisfaction—key to a healthy working environment.

The IECPCP component of the Strategy has made significant strides in promoting interprofessional education and collaborative patient-centred practice. It has developed a theoretical framework, funded 20 learning projects across Canada, and established a Canadian Interprofessional Health Collaborative[7] to help identify promising practices. These efforts will contribute to IECPCP's growing evidence base and, by extension, promote positive working relationships and working environments for tomorrow's health care providers. Other achievements include:

- efforts to support interprofessional collaboration through the identification of specific liability barriers, which prevent health care professionals from working together
- educational initiatives on interprofessional collaboration partnerships for patient-family centred care

Recruitment and retention of health care providers/professionals

. . . encouraging more people to enter the health care field and improving working conditions to keep them there

There are current and impending imbalances in the supply of health care providers across a wide variety of disciplines. As the health work force continues to age, demand for services increases; and as the workplace becomes more global, the need to appropriately recruit and retain health human resources is becoming essential.[4] We have seen shortages increase

Evidence demonstrates an urgent need to recruit and retain key professionals to ensure Canadians have access to the health care they need.

the strain upon those left to provide the care. Using a multi-pronged approach, this component of the Strategy is addressing provider shortages.

Efforts include a promotional campaign in partnership with the Canadian Medical Association and the Canadian Nurses Association that targets health professions generally and, more specifically, recruitment of young people.

As well, the Internationally Educated Health Care Professionals (IEHPI) initiative has worked in partnership with provincial and territorial governments and stakeholders in facilitating the assessment and integration of internationally educated health care professionals. One goal is to help alleviate the burden of work on overextended health care providers already in the system.

A major component of the recruitment and retention component of the Strategy is the Healthy Workplace Initiative (HWI) which will build momentum for positive change and provide a basis for a shared vision of a healthy workplace by identifying innovative initiatives that promote healthy workplace practices.

The main objective is to support current actions by health care organizations to create and maintain healthy work environments by addressing symptoms of unhealthy workplaces, focusing on front-line patient care or related health services, and supporting initiatives that lead to improvements in:

- work environments
- health and well-being of health care staff
- job satisfaction and quality of work life

A more integrated approach to health work force planning that responds to the complexity of Canada's health care system and its ongoing challenges.

Four million dollars has been invested in a series of provincial and national projects.[8] For example, in Newfoundland and Labrador, a project entitled *Creating a Culture of Safety* creates awareness and recognition of a culture of safety, while balancing the mental, emotional and physical health needs of employees. In Québec, the McGill University Health Centre is improving workplace health for individuals and helping organizations address their unique work force challenges through *Programme inter-hospitalier de recherche-action sur le climat de travail.* In Manitoba, the Winnipeg Regional Health Authority *Healthy Workplace Project* is working to increase morale, job satisfaction and productivity, and to reduce accidents and absenteeism by creating a healthier workplace culture.

Some other activities of the HWI include:

- a Quality Worklife-Quality Health Care Collaborative which is working to develop an integrated action strategy to transform the quality of work life for Canada's health care providers
- a study on retaining and valuing experienced nurses through innovative healthy workplace practices
- sharing practices through a series of knowledge exchange activities
- supporting the implementation of healthy workplace strategies in the areas of home and community care settings

Over the long term, the HWI will contribute to enhancing the recruitment and retention of health providers/ professionals, the quality of patient care and patient safety, and operational excellence.

Pan-Canadian health human resource planning

. . . ensuring we have enough of the right types of health care providers to meet the needs of Canadians

This component is designed to ensure that Canada has the right mix of health care providers, now and in the future. It will consider the trends, gaps and risks associated with the health work force and establish a process for collaborative decision making.

Progress to date is promising and includes work through the *Health Human Resources Databases Development Project* and the *Health Cross-Jurisdictional Labour Relations Database.* These projects will aid planners in ensuring that appropriate health human resources are in place which will decrease the strain felt by front-line providers, improve working conditions and, ultimately, enhance the quality of health care services. This work includes physician resource projection modelling and a Health Human Resources Modelling Working Group to advance a network of policy and technical experts.

Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resource Planning

The Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (an F/P/T committee reporting to the Conference of Deputy Ministers of Health) has recently developed a *Framework for Collaborative*

Pan-Canadian Health Human Resource Planning that will help shape the future of health human resources planning and health service delivery in Canada.[9] The Framework will be a powerful tool in improving the working environments of health care providers.

A vision that includes a more supportive satisfying work environment for health care providers through collaborative strategic federal/provincial/territorial health human resources planning.

In the proposed approach, each jurisdiction will continue to plan its own health care system, develop service models, and develop and implement health human resources policies and plans. However, all jurisdictions will do this within the context of a pan-Canadian framework that shares information and works collaboratively to develop the optimum number and mix of providers needed to meet their needs by enhancing each jurisdiction's capacity to:[10]

- plan for the optimal number, mix and distribution of health care providers, based on system design, service delivery models and population health needs
- work closely with employers and the education system to develop a health work force that has the skills and competencies to provide safe, high quality care, work in innovative environments, and respond to changing health care system and population health needs
- achieve the appropriate mix of health providers and deploy them in service delivery models that make full use of their skills
- build and maintain a sustainable work force in healthy, safe work environments

The goals and objectives are to improve health human resources planning in general and, specifically, to enhance working environments. Success will depend on the partners' commitment to a more collaborative approach.[10] The critical success factors for applying the Framework and building this commitment are listed in the sidebar below.

Critical Success Factors

Critical Success Factor	Context
Appropriate stakeholder engagement	• Delivery models based on population health models • Changing skills and competencies • Consultation and timely communication
Strong leadership and adequate resources	• Leaders at all levels • Champion collaborative health human resources planning and shared vision • Resources to support planning functions
Clear understanding of roles and responsibilities	• Different issues best addressed at appropriate levels
A focus on cross-jurisdictional issues	• Value added • Tools that enhance capacity to plan • Priorities based on consultation
A change in system or organizational culture	• Need to understand current cultural landscape • Readiness to change • Health care providers as a valuable asset • Issues identified that affect recruitment and retention • Decisions that support healthy workplaces and increase job satisfaction
Flexibility	• Responsive to changes in system design and the impact of those changes on health human resources

Conclusion

Canada's health care providers are our health care system's greatest asset. Their health and well-being affect the quality of care within the health system. Healthy working environments support healthy providers, and a healthy cadre of providers will help all levels of government, health care organizations, health professional associations, and providers themselves, attain the goal of a strong and sustainable health care system.

As noted in the article on page 13, "workplace and work force issues alike call for collaboration and input from all levels of government, in partnership with front-line health care providers, professional organization and other stakeholders." The federal, provincial and territorial *Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resource Planning* offers an important policy lever. Its power will be in a continued collaboration.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

Who's Doing What

Who's Doing What? *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *that looks at key groups involved in policy research related to the theme area. This article profiles national-level initiatives and various stakeholders addressing working conditions for nurses. Given the importance of a collaborative approach, these initiatives engage stakeholders at multiple levels, including provincial partners.*

Julie Creasey, *Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada*

The author acknowledges the assistance of **Sandra MacDonald-Rencz**, *Office of Nursing Policy, Health Policy Branch, Health Canada.*

Government of Canada

Health Canada

Office of Nursing Policy (ONP)

ONP promotes quality workplace settings in Canada and around the world, including leading initiatives under the *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy*, such as a national strategy for interdisciplinary education and the Healthy Workplace Initiative (see page 38).

Health Human Resource Strategies Division (HHRSD)

HHRSD manages the Strategy's three initiatives (see sidebar), as well as developing policy and providing advice about health human resources priorities. HHRSD also offers secretariat support to the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources.

First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB)

FNIHB implements the Strategy from a First Nations and Inuit perspective. In 2005–2006, Health Canada funded 10 projects under this component of the Strategy (visit: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/ar-ra-2006/abor-autoch_e.html>).

Microsimulation Modelling and Data Analysis Division (MSDAD)

MSDAD has developed models that forecast demand for registered nurses (RNs), and demand and supply forecast models for physicians by region across Canada. As these models aim to identify gaps in demand and supply, they are useful for policy development.

Key Collaborative Initiatives

Pan-Canadian Health Human Resource Strategy

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index_e.html>

As discussed on page 36, the Strategy seeks to secure and maintain a stable and optimal health work force in Canada and to support overall health care renewal through three initiatives:

1. Pan-Canadian Health Human Resource Planning
2. Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice
3. Recruitment and Retention of Health Care Providers/Professionals

Building the Public Health Workforce for the 21st Century: A Pan-Canadian Framework for Public Health Human Resources Planning

<http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/pdf/building_the_public_health_workforce_fo_%20the-21stc_e.pdf>

The goals of this Framework include increasing jurisdictions' planning and recruitment/retention capacity, developing an interprofessional public health work force, and maintaining a stable, affordable public health work force in healthy, safe work environments.

Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada

<http://www.buildingthefuture.ca>

This recently completed two-phase national **Nursing Sector Study** was endorsed and led by Canadian nursing stakeholder groups.

Canadian Nursing Leadership Study

<http://www.nursingleadershipstudy.ca>

Led by the University of Western Ontario School of Nursing, this study profiles nursing leadership/management structures in Canadian hospitals.

Public Health Agency of Canada

The Workforce Development Division

Along with partners and stakeholders, the Agency is working to mobilize pan-Canadian action to improve Canada's public health work force. Approaches involve: public health human resources planning; training, recruitment and retention strategies; the development of competency profiles; and practice-based educational, training and professional development opportunities and incentives.

Statistics Canada

With funding from the Canadian Institute for Health Information and Health Canada, the Department recently conducted the *National Survey of the Work and Health of Nurses* (see page 17).

Research Organizations

Canadian Institute for Health Information (CIHI)

<http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_nursing_e>

CIHI provides data and research on various aspects of nursing and health human resources. Its work includes:

- participation in the *National Nursing Sector/ Occupational Study* led by Human Resource Development Canada
- development of a pan-Canadian supply-based minimum dataset that identifies and validates health human resources priority information needs, related indicators, and data elements collected in a standardized fashion across Canada

Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)

<http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_e.php>

Nursing Leadership, Organization and Policy is a key research theme for CHSRF. Some examples of research projects underway are *Understanding the Factors that Influence Recruitment and Retention in Oncology Nurses* and *Integrating New Nursing Graduates in the Workplace: Strategies for Retention and Career Development.*

Canadian Institutes of Health Research—Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR)

<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/13733.html>

IHSPR works to strengthen Canada's health care system through health services and policy research. Along with CHSRF, IHSPR co-leads *Listening for Direction: A national consultation on health services and policy issues.* Phases I and II have been completed and planning for *Listening for Direction III* is underway.

Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit

<http://www.nhsru.com/index.html>

This collaborative project involves the University of Toronto Faculty of Nursing and McMaster University School of Nursing. It conducts research and other forms of inquiry to help set evidence-based policy and management decisions about the effectiveness, quality, equity, utilization and efficiency of health care and health services in Ontario.

Professional Organizations and Associations

Canadian Council on Health Services Accreditation—Quality Worklife-Quality Healthcare Collaborative

The Canadian Council on Health Services Accreditation, with funding from the Strategy, manages a coalition of 11 national health care organizations and more than 45 quality work life experts focusing on a national change strategy for patients and health care workers.

Canadian Nurses Association (CNA)

CNA has developed *NurseOne*—a web-based nursing portal that connects nurses to timely, easily accessible information on all aspects of health care. *NurseOne* is especially valuable for those working in rural, isolated and First Nations and Inuit communities (visit: <http://www.nurseone-inf-fusion.ca/splash.html>).

Who's Doing What?, *continued on page 45*

Did You Know?

Did You Know? *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *that explores commonly held misconceptions about health data and information. This issue uses currently available data to support—or to refute—common perceptions about the nursing work force.*

Teklay Messele, *Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, Applied Research and Analysis Directorate (ARAD), Health Policy Branch, Health Canada*

Are these propositions . . . True or False?

1 Growth in nursing employment slowed in the 1990s.

True. During the 1980s, nursing employment increased by 3.4%, but grew by only 0.2% in the next decade. During the cutback period (1993–98), nursing employment fell by a total of 3.3% before beginning to recover.[1,2] Employment of registered nurses (RNs) increased from 232,566 in 2000 to 251,675 in 2005, at an annual average growth rate of 1.6%.[3]

2 Unemployment for nurses is low.

True. The unemployment rate for RNs (those seeking employment in nursing) in 2005 was 1.3%, well below the national labour force average of 6.8%.[4] Even in the mid-1990s, the unemployment rate for nurses was low (4.1% in 1996), compared to the national average (9.6%). As a result, there are few qualified unemployed nurses available.[5]

3 The proportion of part-time workers in nursing is the same as in the general work force.

False. Even in the 1980s, about 35% of nurses worked on a part-time basis, well above the average for the overall labour force (14.4%).[6,7,8] In 2005, 43.8% of RNs worked part time (including 11.1% in casual work), compared to 18.3% of the general work force.[9] The number of RNs working full time increased just 10.7% from 1980 to 2005, while the total number of RNs working in nursing increased 29.5%.[3]

4 Nurses' retirement age cuts into the nursing work force.

True. Most nurses retire around age 56. In 2005, RNs age 55 and over made up 19.7% of the RN work force,[10] compared to 13.7% of all workers in that age group.[11] It is projected that, if RNs retire at age 55, and no new recruiting and retention initiatives are put in place, up to one third of the 2001 RN work force could be lost by 2010.[12,13]

5 The entry-level nursing cohort is smaller than the one approaching retirement.

True. In 2005, only 2.5% of RNs were under age 25, whereas 19.7% were age 55 and over.[14] This compares to 16.3% and 13.5%, respectively, for the general labour force.[15] The ratio of RNs in their 50s to those in their 20s is three to one. These numbers indicate that nurses are the "bow wave" of an aging society.

6 Nursing school enrolments have risen in recent years.

True. The provinces recently committed to increasing the number of new nursing seats by a minimum of 10% annually over 1998–99 Canadian admission levels of 5,787.[16,17] The ARAD Nursing Supply Model calculates that this increase will bring the number of graduates to 10,083 by the year 2013, equal to the 1972 graduate peak.

Are these propositions . . . True or False?

7 Immigration is an important source of new nurses in Canada.

True. In Canada, the proportion of foreign-educated RNs employed in nursing increased from 6.8% (15,659) in 2001 to 7.6% (19,230) of all RNs employed in nursing in 2005.[3] During the same period, foreign-educated RNs in Ireland and Austria made up 3.6% and 6.7% of the nursing work force, respectively, while they made up 8.3% and 23.1% in the United Kingdom and Switzerland, respectively.[18] The proportion of foreign-educated nurses in the United States was 16.5% in 2000.

8 The nursing profession is self-regulated.

True. Like other health professions, provincial nursing associations develop and apply standards of practice and codes of conduct, and take disciplinary measures to ensure public safety.[19]

9 The nursing profession is mostly unionized.

True. About 52% of nurses are unionized, compared to 16.7% of all other workers. The main exceptions are, nurses working in private nursing homes, physician offices, and community health and similar settings. Most unionized nurses work in hospitals. The high rate of unionization reflects the fact that health care providers (especially in hospitals) are part of the public sector, which was widely unionized in the 1960s.[20]

10 The provinces and territories are solely responsible for delivering health care services to First Nations and Inuit communities in the North.

False. The federal government is mandated to deliver health care services to the more than 600 First Nations and Inuit communities across Canada. However, based on a transfer agreement with the federal government, Band councils in about half of these communities are responsible for delivering health care services, and so directly hire about 600 nurses. Health Canada, through the Office of Nursing Services and the Regional Offices of the First Nations and Inuit Health Branch, hires about 700 nurses for the balance of communities.[21]

11 The number of qualified nurses per capita in Canada is lower than the average of OECD countries.

False. Qualified nurses include regulated nurses: RNs, licensed practical nurses (LPNs) and registered psychiatric nurses (RPNs). There were 990 qualified nurses per 100,000 people in Canada in 2004, more than the average of 830 in OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) countries. Nurses per capita have decreased in Canada since 1990, but have increased in most other countries. However, in recent years, Canada's downturn has halted and the per capita ratio has risen since 2002. Reductions are attributed to a decline in enrolment and graduation from nursing schools, and a reduction in the number of hospital beds.[22]

12 The ratio of practising physicians to practising nurses in Canada is one of the highest in OECD countries.

False. There is a significant variation in the physician-to-nurse ratio among OECD countries and these ratios change over time. In Canada, there were 190 physicians per 1,000 nurses in 1990 and 211 in 2001. The lowest reported ratio was in Norway (117) and the highest was in Portugal (841). In some countries, such as Australia, the ratio is increasing, while in others, such as France, it has been decreasing (from 557 in 1990 to 477 in 2001).[23]

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.healthcanada.gc.ca/hpr-bulletin>.*

Using Canada's Health Data

Using Canada's Health Data *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *highlighting some of the methods used in analyzing health data. In this issue, we examine a methodology that uses survey data to estimate the full-time equivalent of registered nurses.*

Kisalaya Basu, *Microsimulation Modelling and Data Analysis Division, Applied Research and Analysis Directorate, Health Policy Branch, Health Canada, and* **Ron Wall**, *Office of Public Health Practice, Workforce Development Division, Public Health Agency of Canada*

Estimating the Full-Time Equivalent

As the article on nursing shortages illustrates (see page 21), estimates of the full-time equivalent (FTE) of registered nurses (RNs) are key to analyzing the supply of Canadian nurses. One FTE reflects the typical workload of an average RN, so the *work intensity* of each nurse can be estimated with respect to one FTE.

The Registered Nurses Database is commonly used to provide information about the number (headcounts) of RNs by full- or part-time status. A method was needed to convert these work force headcounts into FTEs so that analysts could estimate the effective supply and use of nurses. This article uses survey data to present such a methodology.

About the Data

Data are from the 2000 cross-sectional Public-Use Microdata File (PUMF) for the *Survey of Labour and Income Dynamics* (SLID), which is a collection of income, labour and family variables on adults and their families in Canada. The **person** file from SLID provides information on such personal characteristics as year of birth, sex, marital status, household size, household type and main occupation. Information is also included on an individual's financial situation, such as income sources, educational activity and level of schooling.

Since females constitute 95% of the RNs, a certain number of male survey respondents were randomly included such that, in the pool of RNs, the males would constitute only 5% of the full-time RNs in each province.

A Two-Step Methodology

One of the categories in the SLID **occupation** variable is "professional occupations in health, nurse supervisors and registered nurses."

Step One: Identify RNs from this category by making the following assumptions:

- An RN has a university degree/certificate/diploma.
- An RN earns an hourly wage in the range obtained from the National Nurses Salaries Data Base, 2000.

The income assumption excludes RN supervisors whose minimum hourly wage is greater than the maximum wage of RNs who are not supervisors, as well as other health care professionals with a high minimum wage. Health care professionals (e.g., technicians) whose wages are within the same range as RNs may be included; however, RNs significantly dominate this group, as they do all health human resource categories.

The final sample included all female RNs, identified by the above criterion, who were working full time. Since females constitute 95% of the RNs, a certain number of male survey respondents were randomly included such that, in the pool of RNs, the males would constitute only 5% of the full-time RNs in each province.

Step Two: Calculate the median working hours of all full-time RNs.
Using the selected sample, the median working hours of full-time RNs is calculated to be 1,955 hours/year, which is consistent with the range of 1,879 hours/year and 2,015 hours/year given by the Canadian Federation of Nurses. Median estimates are used because the data are highly skewed (see example in Figure 1).

Having determined nursing working hours/year, it is now possible to estimate FTEs by age group and province. Table 1 shows the FTE of full-time RNs by age group. Due to the small sample size for male RNs, FTE estimates were made by age group, not by age-sex group. Note also that any estimates beyond the 55–59 age group are unreliable due to small SLID sample size and are therefore

excluded. This exclusion does not affect the method's usefulness, however, as most RNs retire by age 60.

Skewed Distribution

Note that the mean is less than the median for all age groups. This means that the extreme values on the lower end of the scale are farther from the mean than the extreme values on the high side (see example in Figure 1). The smaller values skew the mean downward, which is consistent with the high level of absenteeism in the nursing sector.

A Useful Tool

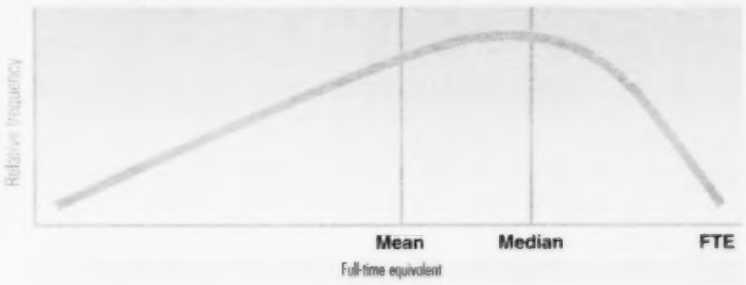
The method presented in this article is a very useful tool for estimating the FTE of RNs by age, province and full- or part-time status, which is key to understanding nursing shortages in Canada. As well, the method could be adapted to estimate the FTE of other health care professionals and to help inform overall health human resource policies.

Table 1: **Full-Time Equivalent of Full-Time RNs, by Age Group, Canada, 2000**

Age Group	Median of FTE			Mean of FTE		
	FTE	Lower 90% CL	Upper 90% CL	FTE	Lower 90% CL	Upper 90% CL
25–29	0.933	0.800	1.000	0.884	0.829	0.940
30–34	0.933	0.800	1.000	0.862	0.817	0.907
35–39	1.000	0.960	1.067	1.038	0.940	1.137
40–44	0.968	0.880	1.000	0.910	0.864	0.956
45–49	1.000	0.960	1.067	0.978	0.909	1.047
50–54	1.000	1.000	1.067	1.021	0.949	1.093
55–59	1.067	0.934	1.067	1.010	0.925	1.095
60–64	NA			NA		
65+	NA			NA		

CL—confidence level

Figure 1: **Example of a Skewed Distribution to the Left**



Who's Doing What?, *continued from page 41*

Selected Provincial Nursing Organization Initiatives

College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS)—*A Practice Environment Collaboration Program* is a self-directed program that identifies key quality attributes or systems that are critical to nurses meeting their standards of practice and quality care (visit: <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&sfield=Content.Id&mn=414.70.81.413&search=1159>).

The **College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador** and the **Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador** have begun a *Quality Practice Environment Program* and articulated standards shown to influence the professional practice environment.

College & Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA)—*Alberta RN* publishes a regular column called "Healthy Solutions" to provide information on topics such as compassion fatigue and violence in the workplace (visit: <http://www.nurses.ab.ca/issues/Healthy_solutions.html>).

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) is leading a *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines* project that will deliver six guidelines related to healthy work environments (visit: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=751&SiteNodeID=241&BL_ExpandID=>).

Mark Your Calendar

What	When	Theme
1st National Conference for Community Health Nurses: Mapping the Future for Better Health	May 3–5, 2007 Toronto, ON <http://www.chnac.ca/>	Exploring the realities, challenges and opportunities that confront nurses and the nursing profession related to community health and health care reform
18th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm: Harm Reduction—Coming of Age	May 13–17, 2007 Warsaw, Poland <http://www.harmreduction2007.org/>	Disseminating harm reduction ideas and practice, including a review of harm reduction over the past 18 years
International Council of Nurses 2007 International Conference	May 27–June 1, 2007 Yokohama, Japan <http://www.icn.ch/conference2007/info.htm>	Highlighting the realities of nursing practice and nurses' expertise in dealing with the unexpected
34th International Conference on Global Health	May 29–June 1, 2007 Washington, DC <http://www.globalhealth.org/conference/>	Focusing on a range of partnerships—how they are built, what they have and can deliver, and how those living in poverty and disease can best benefit
International Conference on Evidence-Based Best Practice Guidelines	June 6–8, 2007 Markham, ON <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1209&ContentID=1436&SiteNodeID=196&BL_ExpandID=>	Setting the context for excellence in nursing clinical practice and healthy work environments
National Healthcare Leadership Conference 2007	June 11–12, 2007 Toronto, ON <http://www.healthcareleadershipconference.nexx.com/default1.asp>	Addressing innovation in health services: from local leadership to national performance
19th World Conference on Health Promotion and Health Education—Health Promotion Comes of Age: Research, Policy and Practice for the 21st Century	June 11–15, 2007 Vancouver, BC <http://www.iuhpeconference.org/>	Reviewing and critically reassessing health promotion's progress since the Ottawa Charter and setting the course for new challenges in an increasingly globalized world
International Conference on Physical Activity and Obesity in Children	June 24–27, 2007 Toronto, ON <http://www.phe.queensu.ca/epi/obesity/>	Informing the development of a scientifically-based community strategy to reduce the incidence of childhood and youth obesity
6th World Congress on Health Economics	July 8–11, 2007 Lund, Sweden <http://www.healtheconomics.org/congress/2007/>	Focusing on the theme of explorations in health economics
2007 Conference on the Ethics of Health Promotion	September 18–20, 2007 Ghent, Belgium <http://www.healthpromotionethics.eu/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>	Setting an ethical agenda for health promotion

Santé Canada Health Canada

PLEINS FEUX SUR LE LIEN POLITIQUES–RECHERCHE NUMÉRO 13, FÉVRIER 2007

Recherche sur les politiques de santé

Bulletin

Dans ce numéro

Entrevue : Une question stratégique fondamentale 3
Profil de l'effectif infirmier 7
De quoi s'inquiéter 13
Travail et état de santé du personnel infirmier : Du nouveau 17
Pénuries : Où et pourquoi? 21
Une question de sécurité des patients 26
Recherche sur l'utilisation de la connaissance 30
La force de la collaboration 36
Qui fait quoi? 40
Le saviez-vous? 42

Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi?

Parce qu'il constitue le plus imposant groupe de fournisseurs de soins de santé, le personnel infirmier professionnel joue un rôle fondamental dans la gestion et la prestation des services de santé. Depuis une dizaine d'années toutefois, les rapports font état d'une inquiétante pénurie d'infirmières et infirmiers, tout en confirmant les effets néfastes de conditions de travail difficiles sur la santé du personnel infirmier. Ces conditions minent l'aptitude du système de soins de santé à recruter et à maintenir en poste son effectif infirmier, sans compter qu'elles affectent la qualité des soins dispensés aux patients.

Ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* présente diverses études axées sur les conditions de travail des infirmières et infirmiers du Canada. Il analyse leurs effets sur l'ensemble du système de soins de santé et cherche, en particulier, à :

- faire le point sur la situation actuelle de l'effectif infirmier et sur les grandes tendances du domaine et souligner les distinctions entre les trois professions infirmières réglementées;
- examiner les conditions de travail des infirmières et infirmiers à la lumière des récents changements apportés au système de soins de santé, expliquer en quoi les pressions croissantes qui s'exercent sur les infirmières et infirmiers affectent leur santé et présenter les plus récents résultats d'une enquête de Statistique Canada;
- examiner la pénurie de personnel infirmier sous l'angle de la théorie de l'offre et de la demande en faisant appel aux nouveaux modèles pour prédire quels domaines de spécialisation seront les plus touchés;
- discuter de la sécurité des patients et rendre compte d'études qui confirment les liens entre les conditions de travail et la qualité des soins aux patients en portant principalement le regard sur les conditions qui affectent la communication entre le personnel infirmier et les autres travailleurs de première ligne;
- présenter les nouvelles études commandées par Santé Canada qui décrivent les difficultés qu'il y a à convertir les fruits de la recherche en mesures concrètes servant à améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé.

Par ailleurs, le Bulletin souligne la nécessité d'une planification multiniveau axée sur la collaboration et discute des investissements engagés aux termes de la *Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé*. Même s'il est trop tôt pour saisir l'impact global de ces investissements, les auteurs laissent entrevoir une pointe de progrès.

Canada

Nouvelles notables

Les liens électroniques suivants donnent accès à divers rapports pertinents sur le Web.

Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (décembre 2006)—fournit de l'information sur la santé et les conditions de travail du personnel infirmier canadien et les effets de ces facteurs sur les soins aux patients <http://www.statcan.ca/francais/freepub/83-003-XIF/83-003-XIF2006001.pdf>

The New Healthcare Worker: Implications of Changing Employment Patterns in Rural and Community Hospitals (octobre 2006)—examine l'évolution des habitudes de travail dans les régions rurales de l'Ontario <http://www.nhsru.com/documents/Series%206%20The%20New%20Healthcare%20Worker-Rural.pdf>

Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers réglementés au Canada, 2005 (octobre 2006)—trois rapports qui fournissent des données sur le nombre d'infirmières et infirmiers réglementés au Canada et sur leur répartition par province et par territoire <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1173_F>

Allier dotation et sécurité : Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et sur la sécurité des patients (septembre 2006)—synthèse des connaissances acquises sur les liens entre la dotation du personnel infirmier et la sécurité des patients <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/staffing_for_safety_policy_synth_f.pdf>

Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada (juin 2006)—examine les caractéristiques des équipes efficaces et des interventions pertinentes qui permettent d'établir et de maintenir des équipes de travail à l'échelle des services de santé, ainsi que les obstacles qui se posent <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf>

Les maux qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada (mars 2006)—analyse six importants documents de recherche axés sur les problèmes de ressources humaines infirmières au Canada <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/What_sailingournurses-f.pdf>

Main-d'œuvre satisfaite, main-d'œuvre fidèle : Les effets du travail et de l'environnement de travail sur la satisfaction professionnelle, l'épuisement professionnel, la santé physique et le maintien du personnel des foyers pour aînés (décembre 2005)—cherche à déterminer les effets des particularités des soins à domicile sur le personnel soignant <http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/zeytinoglu_f.php>

Parcours pour devenir infirmière/infirmier au Canada : Évaluation des candidatures d'infirmières/infirmiers internationaux (Rapport final) (mai 2005)—fournit des données sur la mobilité internationale du personnel infirmier, les évaluations de compétences, les défis et l'intégration à la population active canadienne <http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/IEN_Technical_Report_f.pdf>

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Publié deux ou trois fois par année, le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* vise à enrichir la base de données probantes pertinentes dans l'optique de favoriser les prises de décisions axées sur les politiques de santé. Quoique le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* présente des études issues de tous les secteurs de Santé Canada et de ses partenaires du Portefeuille, la revue est conçue et produite au sein de Santé Canada par la Division de developpement des données et de diffusion de la recherche (DDDR), Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé. Il revient à un comité directeur constitué de représentants de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada de choisir les thématiques de recherche sur les politiques abordées dans chaque numéro et de revoir tous les textes. Ce comité est appuyé dans sa tâche par le Secrétariat du Bulletin de la DDDR qui coordonne tous les aspects du Bulletin, soit l'élaboration, la production, la publication et la dissémination des numéros.

La DDDR tient à souligner la précieuse contribution des membres du comité directeur et du personnel du Secrétariat du Bulletin, soit Nancy Hamilton, rédactrice en chef, Tiffany Thornton, Raymonde Sharpe, Julie Creasey et Karen Price. Il importe de remercier de façon toute particulière la rédactrice invitée du présent numéro, Sandra MacDonald-Rencz, directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada. Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance à la firme Allium Consulting Group Inc. qui s'occupe de la révision, de la conception et de la mise en page du Bulletin.

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui touche l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada. Cette publication est offerte en d'autres formats sur demande. La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition de citer clairement la source.

Cette publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2007

Cat. nº H12-36/13-2007 Cat. nº H12-36/13-2007F-PDF (En ligne)

ISSN 1496-466 X ISSN 1499-3511 (En ligne)

Postes Canada, numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :
Santé Canada
DGPS/HPB
DDDR/DDRD
L.P. : 9002C
Gatineau (Québec)
K1A 0K9

Pour nous joindre

Nous vous invitons à faire part de vos observations, requêtes et suggestions. Veuillez acheminer vos commentaires et avis de changement d'adresse à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. Notez bien que les rétroactions, suggestions et commentaires qui parviennent au Secrétariat du Bulletin sont conservés en vue de nous permettre de répondre aux lecteurs et d'évaluer la pertinence de notre publication. Nous conservons également les adresses postales et de courriel aux fins de dissémination du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* aux abonnés et d'analyse de la distribution de la publication. Tous les renseignements compilés de la sorte sont entièrement confidentiels et protégés.

Conditions de travail :

Une question stratégique fondamentale

Dans ce numéro, Nancy Hamilton, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, *s'entretient avec* **Sandra MacDonald-Rencz** *(SMR), directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada;* **Anil Gupta** *(AG), directeur de la Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada; et* **Robert Shearer** *(RS), directeur de la Division des stratégies des ressources humaines en santé, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.*

Ces dernières années, plusieurs importants rapports sur la santé ont porté sur les conditions de travail du personnel infirmier. Comment expliquer cet intérêt?

SMR : En effet, on s'intéresse de plus en plus à la main-d'œuvre infirmière. Depuis une dizaine d'années, on a commencé à s'inquiéter de la pénurie actuelle ou future de personnel infirmier. Les rapports sur le sujet portent à croire qu'il manquera 80 000 à 100 000 infirmières et infirmiers en 2016.

AG : Il faut regarder ce que nous avons fait dans le passé et en tirer des leçons. Entre 1993 et 2004 par exemple, nous avons connu une croissance démographique d'environ 9 %, alors que la profession infirmière s'est accrue de moins de 4 %. À lui seul, ce phénomène se traduit par un manque net de 60 000 infirmières et infirmiers.

SMR : Lorsque nous y regardons de plus près, nous constatons qu'il ne s'agit pas seulement d'embaucher plus de personnel infirmier mais aussi de mieux gérer la main-d'œuvre actuelle dans ce secteur. Les études démontrent que dans les cinq années suivant leur graduation, nous perdons deux ou trois infirmières et infirmiers gradués sur cinq. Cela nous incite à examiner les conditions de travail des nouvelles recrues comme du personnel infirmier expérimenté.

RS : Sandra résume bien la situation. Nous devons analyser les causes profondes de l'érosion de l'effectif et chercher des moyens de garder notre personnel infirmier qualifié et expérimenté au Canada. Il s'agit d'un important volet de la planification des ressources humaines en santé. C'est pourquoi, à Santé Canada, nous travaillons en étroite collaboration avec le Bureau de la politique des soins infirmiers pour obtenir de bons résultats dans ce domaine.

AG : Il faut aussi reconnaître que les soins de santé constituent un secteur à très forte concentration de main-d'œuvre et que l'effectif infirmier forme le plus important groupe de fournisseurs de soins de santé. Par conséquent, les questions qui affectent aussi l'ensemble du système de la santé doivent nécessairement prendre en compte la productivité de la

main-d'œuvre infirmière. Il ne s'agit pas de demander aux infirmières et infirmiers de travailler plus fort, car ils sont déjà acculés au pied du mur par leur lourde charge de travail. La productivité est liée aux conditions de travail, lesquelles touchent des enjeux tels que l'absentéisme, le maintien en poste, l'adoption de nouvelles méthodes et technologies, les rôles et responsabilités du personnel infirmier, la retraite anticipée et le moral des troupes. Tous ces aspects sont liés à la façon globale dont les gens sont formés, encouragés et traités au sein du système.

Que disent ces rapports sur les conditions de travail de l'effectif infirmier et que signifie vraiment l'expression « conditions de travail »?

SMR : L'expression « conditions de travail » englobe un éventail d'aspects, de la charge de travail aux horaires, en passant par des questions d'envergure systémique comme l'identité professionnelle et la portée de la pratique. Les rapports font état d'études démontrant que la charge de travail du personnel infirmier s'est considérablement accrue au cours de la dernière décennie. En outre, nous savons que le système de santé a subi d'importantes coupures. Nous savons aussi que les séjours à l'hôpital sont écourtés et que les patients qui y séjournent sont plus malades pendant leur séjour. Jumelé au fait qu'un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers travaillent aujourd'hui à temps partiel, on comprend que le système utilise moins « d'heures en soins infirmiers ». Les études démontrent que ces facteurs combinés ont des incidences importantes sur le taux de satisfaction professionnelle du personnel des soins de santé et du personnel infirmier en particulier.

AG : La satisfaction professionnelle est un facteur essentiel de maintien en poste des employés dans les organisations. L'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) a récemment mené une enquête auprès du personnel infirmier du Royaume-Uni, du Canada, de l'Écosse, de l'Allemagne et des États-Unis. Bien que ces pays soient dotés de systèmes de santé différents, tous ont en commun les niveaux élevés d'insatisfaction du personnel infirmier dans des proportions allant de 33 % à 47 %. De plus, quelque 17 % des infirmières et infirmiers interrogés dans chacun des pays prévoient abandonner la profession infirmière dans la prochaine année. Dans tout autre domaine professionnel, il est probable que de telles données déclencheraient aussitôt l'alarme.

SMR : Les conditions de travail n'affectent pas seulement le taux de satisfaction professionnelle des infirmières et infirmiers mais aussi leur état de santé. L'étude révèle que le corps infirmier est le groupe d'employés parmi les moins en santé au pays. L'étude démontre aussi que les conditions de travail constituent un important indicateur d'augmentation des blessures et d'absentéisme liés à la maladie, ce qui engendre plus d'heures supplémentaires et une plus grande rotation de personnel. Lorsqu'on applique ces données au profil démographique de la profession, le tableau résultant présente une main-d'œuvre vieillissante aux prises avec des conditions de travail malsaines. À titre d'exemple, un rapport réalisé en 2005 par l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) indique que l'âge moyen des infirmières et infirmiers est de 44,7 ans. Parmi les membres du personnel infirmier, on note un rapport de deux à un entre les personnes de 50 ans et plus et celles de 35 ans et moins.

AG : J'aimerais revenir à la question des heures supplémentaires. Entre 2002 et 2004, le nombre d'heures supplémentaires des infirmières et infirmiers s'est accru de 20 %. Comme le dit Sandra, cela a porté un coup à la santé des membres de cette profession. Il faut reconnaître que l'effectif infirmier est surtout féminin. Par conséquent, les heures supplémentaires affectent également les familles.

En quoi les conditions de travail affectent-elles l'effectif infirmier à l'échelle globale du système de santé?

RS : Il faut d'abord dire qu'un système de santé efficace figure parmi les nombreux facteurs déterminants de la santé de la population. Les études ont démontré qu'une main-d'œuvre saine est un préalable à un système de santé de qualité. Par conséquent, une stratégie clé pour rehausser la santé de la population canadienne consiste à promouvoir de saines conditions de travail au profit des fournisseurs de soins de santé.

AG : Comme nous l'avons dit, le Canada connaît une importante pénurie d'infirmières et infirmiers. Il s'agit d'un problème complexe qui nécessite un examen poussé de l'offre et de la demande. Nous savons que des conditions de travail médiocres influent sur l'offre puisqu'elles limitent l'aptitude à attirer de nouvelles recrues et à retenir la main-d'œuvre existante.

RS : Les membres de l'effectif infirmier constituent un important segment de notre système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi de leur rôle dans tous les aspects de la provision des soins de santé. Les problèmes affectant l'effectif infirmier ont des incidences sur l'équipe entière de soins de santé et sur son rendement. Puisque le bien-être et la productivité du personnel infirmier sont essentiels au système de santé canadien, il faut arriver à régler les problèmes inhérents aux conditions de travail dans ce secteur.

SMR : En outre, j'aimerais souligner deux aspects qui me semblent inquiétants, soit les coûts et la qualité des soins. Les coûts sont liés à la perte de temps due aux blessures

et à la maladie, de même qu'aux heures supplémentaires nécessaires pour couvrir les heures manquées. Tout cela nécessite un investissement considérable. En améliorant directement les conditions de travail, nous pourrions réaliser des économies et les réinvestir dans le système de santé. Quant à la qualité des soins, les études font état d'une forte corrélation entre la satisfaction professionnelle, la qualité des soins et les résultats auprès des patients, un aspect que nous n'avions pas réussi à démontrer de façon probante dans le passé.

Il y a aussi la question du « délai d'attente ». Bien qu'il n'existe pas de liens évidents entre les conditions de travail de l'effectif infirmier et les délais d'attente, nous disposons de renseignements anecdotiques sur des épisodes de fermeture de salle d'opération et de restrictions résultant du nombre insuffisant des infirmières et infirmiers qualifiés pour exercer dans les salles d'opération et les unités de soins intensifs. Quand nous parlons de délais d'attente, nous devons aussi reconnaître l'importance de l'accès à des soins de santé en temps voulu. Et comme nous le disions plus tôt, les conditions de travail sont étroitement liées à la qualité des soins dispensés aux patients.

Les membres de l'effectif infirmier constituent un important segment de notre système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi de leur rôle dans tous les aspects de la provision des soins de santé. Les problèmes affectant l'effectif infirmier ont des incidences sur l'équipe entière de soins de santé et sur son rendement.

Q ***Les conditions de travail du personnel infirmier sont-elles similaires partout au pays ou existe-t-il des variantes selon le lieu et le cadre de travail?***

SMR : Les données dévoilées récemment par une enquête de Statistique Canada sur le travail et la santé des infirmières et infirmiers (voir l'article en page 17) jette la lumière sur cette question. Nous analyserons ces résultats pour voir à quel endroit les conditions de travail ont la plus grande incidence quoiqu'en général, la situation semble être de portée pancanadienne.

En même temps, on observe des différences ponctuelles entre les divers cadres de pratiques. Ainsi, les préoccupations quant aux conditions de travail sont plus aiguës dans les cadres hospitalier et institutionnel. Les soins en résidence peuvent être difficiles également car, en raison du manque de ressources et de la mise en concurrence, le personnel infirmier est souvent traité comme une main-d'œuvre occasionnelle. Plusieurs organisations emploient un personnel minimal et font appel à des infirmières et infirmiers occasionnels, ce qui mine la continuité des services aux patients. Il apparaît que le secteur public de la santé offre l'environnement professionnel le plus positif pour les infirmières et infirmiers, mais nous en apprendrons davantage en analysant les résultats de l'enquête.

RS : Sandra, comme vous le mentionniez dans votre article (voir l'article en page 7), Santé Canada, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, assure la provision des services de soins de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits, surtout dans des centres de santé et des postes de soins de santé. Les conditions de travail présentent ici des défis uniques qui tiennent le plus souvent à l'isolement.

AG : Bien que les conditions de travail varient d'un cadre de pratique à l'autre, des hôpitaux aux soins à domicile, je crois que nous devons concentrer nos efforts sur le secteur hospitalier pour deux raisons. Premièrement, nos statistiques et donc, nos analyses stratégiques quantitatives, visent principalement ce secteur. Deuxièmement, c'est dans ce secteur que près de 70 % de nos infirmières et infirmiers travaillent et c'est là que la nature des conditions de travail semble avoir les plus grandes incidences.

SMR : Anil, vous avez raison. De plus, au cours des dernières années, les gouvernements ont commencé à saisir l'importance d'investir dans cette sphère. Voilà pourquoi nous avons décidé, dans le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, de concentrer toute notre attention sur les conditions de travail du personnel infirmier dans le cadre hospitalier et institutionnel.

Q ***Qu'ont fait les gouvernements pour améliorer les conditions de travail de l'effectif infirmier? Quels types d'investissements Santé Canada a-t-il réalisés, de concert avec ses partenaires?***

RS : Disons d'abord que des solutions s'imposent à deux niveaux, soit celui de la *main-d'œuvre* dans son ensemble et celui du *milieu de travail* particulier. Les fournisseurs de soins de santé, les collectivités et les organismes de soins de santé ont tous un important rôle à jouer. Des politiques de santé efficaces sont aussi essentielles. Et puisque la main-d'œuvre infirmière est hautement mobile, les conditions de travail représentent un facteur de déplacement d'une région ou province à l'autre. Pour cette raison, la planification nationale collaborative s'est

avérée prioritaire et nous disposons maintenant d'un nouveau *Cadre de planification pancanadienne des ressources humaines en santé* (voir l'article en page 36) approuvé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous entamons le travail avec les parties intéressées en vue d'instaurer de façon tangible la planification des ressources humaines en santé.

SMR : En outre, les investissements réalisés dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé* sont extrêmement importants. Par cette entremise, Santé Canada a créé l'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail en 2001. Cette dernière vise à améliorer les conditions de travail de tous les fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières et infirmiers et 4 millions de dollars ont été investis pour financer l'expansion de milieux de travail sains partout au pays. Les provinces et les territoires ont aussi réalisé des investissements considérables. C'est ainsi que plusieurs provinces ont mis au point des stratégies de soins infirmiers qui se penchent sur la question de la charge de travail et sur la création d'environnements de travail plus favorables.

AG : Sur le plan de la recherche, Santé Canada s'est muni d'une capacité lui permettant de prévoir la demande en personnel. Avec les plus récentes données de l'ICIS, nous sommes à mettre au point des outils de prévision des spécialités en soins infirmiers pour combler les plus graves pénuries. Nous créons aussi des modèles qui nous aideront à déterminer l'efficacité de divers programmes d'incitation qui s'attaquent au problème des pénuries. Nous devons connaître les effets de l'amélioration des conditions de travail, de l'éducation d'un nombre accru d'infirmières et infirmiers et des prises de retraite plus tardives.

RS : J'aimerais mentionner quelques domaines où nous avons apporté des changements et accusé un certain progrès. D'une part, le Canada a augmenté le nombre de postes disponibles pour l'effectif infirmier qui dispense de la formation. Nous tentons aussi de nous assurer que les infirmières et infirmiers qui immigrent chez nous puissent travailler au Canada. Le Canada demeure un pays de choix pour les professionnels de la santé immigrants et les infirmières et infirmiers diplômés ailleurs dans le monde demeurent une importante ressource pour le pays. Santé Canada, par le biais de l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés, appuie les efforts engagés pour réduire les barrières et intégrer davantage ces professionnels de la santé à la main-d'œuvre canadienne.

Les investissements réalisés dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé* sont extrêmement importants. Par cette entremise, Santé Canada a créé l'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail en 2001. Cette dernière vise à améliorer les conditions de travail de tous les fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières et infirmiers et 4 millions de dollars ont été investis pour financer l'expansion de milieux de travail sains partout au pays. Les provinces et les territoires ont aussi réalisé des investissements considérables. C'est ainsi que plusieurs provinces ont mis au point des stratégies de soins infirmiers qui se penchent sur la question de la charge de travail et sur la création d'environnements de travail plus favorables.

Reprenant les propos de Robert quant aux progrès accusés dans certains domaines, pouvons-nous conclure que nos récents investissements sont rentables? Les conditions de travail ont-elles commencé à s'améliorer?

SMR : Je pense que nous commençons à voir les effets de nos actions. À titre d'exemple, une Enquête sur la population active réalisée en 2002 par Statistique Canada portant sur la période de 1987 à 2002 rapporte un nombre considérable de journées de travail perdues pour cause de maladie et de blessure chez les infirmières et infirmiers. Cependant, le rapport suivant, qui porte sur la période de 2002 à 2005, note un léger redressement de ce phénomène.

Nous analyserons les résultats de l'enquête de Statistique Canada sur le travail et la santé du personnel infirmier qui, nous l'espérons, laisseront entrevoir l'amorce de changements positifs. Nous comptons effectuer un suivi de quatre ans pour documenter nos progrès.

Mais malgré l'espoir de nouvelles tendances, il n'est pas question de nous asseoir sur nos lauriers. Nous sommes toujours confrontés au grave déclin de la main-d'œuvre infirmière prévu au cours des prochaines années et notre effectif infirmier continue de vieillir. Nous devons nous assurer que nos infirmières et infirmiers restent en bonne santé et continuent de travailler pour arriver à maintenir les services de haute qualité que nous avons réussi à offrir à la population dans le passé.

Paul Sajan, *chef de section, Ressources humaines de la santé, Institut canadien d'information sur la santé;* **Francine Anne Roy**, *directrice, Information sur les ressources en santé, Institut canadien d'information sur la santé;* **Sandra MacDonald-Rencz**, *directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada;* et **Barbara Oke**, *directrice exécutive, Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada*

Le point sur l'effectif infirmier :

Qu'en est-il au juste?

Les données dont cet article fait état proviennent des bases de données sur les soins infirmiers de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et d'un sondage sur la main-d'œuvre effectué par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Les auteurs font le point sur l'effectif infirmier actuel, décrivent les grandes tendances et établissent des distinctions entre les diverses professions infirmières réglementées.

Les infirmières et infirmiers jouent un rôle de premier plan dans la gestion et la prestation des services de soins de santé, et dans les activités de recherche connexes. Le personnel infirmier professionnel constitue le plus grand segment des effectifs de la santé. En 2005, il regroupait plus du tiers des 828 000 travailleurs canadiens du domaine de la santé[1]. De fait, on dénombre cinq infirmières ou infirmiers pour chaque médecin[2]. Leur travail complémente celui des autres fournisseurs de soins de santé dans tous les milieux de soins de santé à l'échelle du continuum des services de santé—de la promotion de la santé et de la prévention des maladies aux services diagnostiques, en passant par les traitements et la réadaptation. Au Canada, il est quasiment impossible d'obtenir des soins de santé sans faire appel à l'expertise et aux connaissances d'une infirmière ou d'un infirmier.

Composition de l'effectif infirmier

Même si certains considèrent l'effectif infirmier comme une seule et unique entité professionnelle, il s'agit, dans les faits, d'un effectif fort de 320 000 membres autorisés et réglementés repartis en trois professions infirmières distinctes :

- les infirmières et infirmiers autorisés (IA)
- les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA)
- les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA)

À l'heure actuelle, les professions d'IA et d'IAA sont réglementées dans les 13 provinces et territoires du Canada. Dans le cas des IPA, les provinces de l'Ouest, soit le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique, considèrent qu'il s'agit d'une profession distincte et assujettissent ses membres à une formation et à une réglementation séparées.

Les infirmières et infirmiers autorisés forment le plus gros groupe de fournisseurs de soins de santé réglementés au Canada. Des trois professions infirmières réglementées, c'est celle dont le champ de pratique est le plus étendu, qui accorde le plus de pouvoirs décisionnels et dont les membres affichent le plus haut taux de scolarité.

Au Canada, on compte cinq infirmières ou infirmers pour chaque médecin.

Les IA doivent suivre un cours en sciences infirmières et obtenir un diplôme ou un baccalauréat dans le domaine. Ils doivent aussi s'enregistrer auprès de l'organisme de réglementation des professions infirmières de leur province ou territoire pour pouvoir exercer leur métier d'IA. Vers la fin des années 1990, la plupart de provinces avaient déjà annoncé que d'ici dix ans, les personnes qui veulent travailler comme infirmières ou infirmiers devront suivre un cours universitaire de premier cycle de quatre ans.

Après avoir obtenu leur baccalauréat, les IA peuvent parfaire leur formation en poursuivant leurs études ou en obtenant une accréditation dans 14 spécialités. Les IA qui poursuivent leurs études peuvent devenir des spécialistes cliniques, des éducatrices ou éducateurs ou encore des infirmières ou infirmiers praticiens (IP), par exemple. Les IP sont des IA avec une formation plus poussée en évaluation de la santé, en services diagnostiques et en gestion des maladies et blessures[3]. Les IP sont en mesure d'offrir des services généralement réservés aux médecins (p. ex., commander des tests et prescrire des médicaments) et peuvent jouer un rôle important au sein de collectivités isolées ou de quartiers urbains déshérités qui tendent à souffrir d'une pénurie de médecins.

La deuxième profession de la santé réglementée regroupant le plus de personnes au Canada est celle des **infirmières et infirmiers praticiens autorisés**. Puisqu'au Canada, on exige que les IAA fassent des études approuvées menant à un diplôme d'IAA, leur champ de pratique est plus restreint que celui des IA. À l'instar des IA toutefois, les IAA de toutes les provinces et territoires travaillent dans divers milieux, dont près de 40 % dans le secteur des soins de longue durée.

Au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, les **infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés** forment le plus gros groupe de professionnels en santé mentale puisque leur profession fait l'objet d'une réglementation distincte. Même si les IPA ont beaucoup en commun avec les IA, leur formation de base menant à un diplôme ou à un baccalauréat en sciences infirmières est axée sur le domaine de la psychiatrie. Ces études mettent l'accent sur la santé psychiatrique et mentale et sur la prestation de soins dans ces domaines.

Élargir le bassin de personnel infirmier

En 2005, les infirmières et infirmiers formés à l'étranger représentaient 6,9 % (20 787) de l'effectif infirmier (à l'exception des IAA du Québec pour lesquelles on ne possédait pas de données sur la graduation). Les pays ayant le plus souvent décerné des diplômes étaient les Philippines (29,0 % de tous les membres de la profession éduqués à l'étranger), le Royaume-Uni (20,8 %) et les États-Unis (6,6 %). C'est la Colombie-Britannique (13,5 %) et l'Ontario (10,1 %) qui, en 2005, comptaient le plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers éduqués à l'étranger. Pris ensemble, les infirmières et infirmiers détenant un diplôme d'un autre pays ou d'une autre province constituent près de 40 % de l'effectif infirmier de la Colombie-Britannique, soit le taux le plus élevé au Canada.

Répartition des infirmières et infirmiers au Canada

En gros, 81,2 % des infirmières et infirmiers travaillent dans les grandes villes canadiennes[4], 10,3 % dans les régions isolées et un autre 8,3 % dans des zones rurales. Ces proportions sont stables depuis plusieurs années.

Les infirmières et infirmiers établis dans les centres urbains tendent plus que leurs collègues de régions isolées et rurales à œuvrer dans des domaines spécialisés comme la pédiatrie ou l'oncologie. Par contre, ceux de milieux isolés et ruraux sont davantage actifs dans une gamme de secteurs de pratique cliniques.

Déplacements des infirmières et infirmiers

Les IAA ont moins tendance à déménager dans une autre province après l'obtention du diplôme que les IA et les IPA. En 2005, seulement 7,6 % des IAA diplômés travaillaient dans une province ou un territoire autre que leur province de graduation, comparativement à 11,5 % chez les IA et à 14,9 % chez les IPA.

Les destinations qui attirent le plus le personnel infirmier diplômé sont les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, un phénomène qui reflète la tendance globale de la population canadienne à se déplacer d'est en ouest.

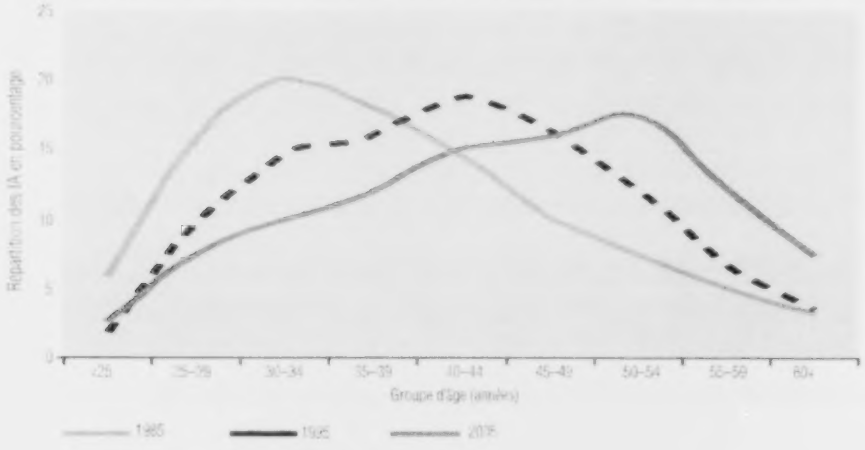
Profil démographique

Un examen plus poussé des données démographiques fait ressortir les caractéristiques des infirmières et infirmiers dont il importe de tenir compte dans la planification de la main-d'œuvre.

L'effectif infirmier est surtout constitué de femmes

Traditionnellement, les femmes ont toujours constitué la part du lion de l'effectif infirmier. Cette situation prévaut toujours chez les IA puisqu'en 2005, 94,6 % étaient des

Figure 1 : **Répartition de l'effectif des IA au Canada selon l'âge, années choisies, 1985-2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

infirmières. Cela dit, la proportion d'infirmiers augmente lentement, étant passée de 2,6 % des IA en 1985 à 4 % des IA en 1995, grimpant à 5,6 % en 2005. Lorsqu'on tient également compte des IAA et des IPA, les hommes constituent une proportion légèrement plus élevée de l'ensemble de l'effectif infirmier, soit 6,1 % en 2005.

Dans les domaines spécialisés de la psychiatrie et de la santé mentale, la proportion de femmes par rapport aux hommes était moins spectaculaire. À titre d'exemple, en 2005, les femmes constituaient 77,4 %, et les hommes 22,6 %, de l'effectif des IPA. Parmi les IA actifs en santé mentale, le ratio de femmes par rapport aux hommes était de 6 à 1 environ (85,4 % de femmes contre 14,6 % d'hommes). Chez les IAA en santé mentale, près du quart étaient des hommes (23,4 %), alors qu'ils ne représentent que 6,8 % de l'ensemble des IAA.

Une main-d'œuvre vieillissante

L'âge moyen du personnel infirmier professionnel n'a jamais été aussi élevé, atteignant 44,7 ans en 2005. De plus, près de 40 % des infirmières et infirmiers avaient plus de 50 ans, soit près de deux fois plus que les infirmières et infirmiers de 34 ans et moins.

Comme l'illustre la Figure 1, l'effectif infirmier vieillit constamment depuis une vingtaine d'années. En 1985, au Canada, la plupart des IA avaient entre 30 et 34 ans; dix ans plus tard, soit en 1995, la plupart avaient entre 40 et 44 ans; en 2005 la majorité étaient âgés de 50 à 54 ans. Il importe de considérer cette tendance puisque l'âge moyen de la retraite au sein de l'effectif infirmier s'établit à 56 ans environ.

Entre autres facteurs qui alimentent cette tendance générale, soulignons le fait que les personnes graduent aujourd'hui des cours de sciences infirmières à un âge plus avancé. Parmi les infirmières et infirmiers actifs sur le marché du travail en 2005, 13,2 % des IA avaient 30 ans ou plus à leur graduation (comparativement à 9,4 % en 1995). Même si on ne dispose pas de données sur les tendances au niveau des IAA et des IPA, il est intéressant de noter qu'en 2005, une plus forte proportion de ces infirmières et infirmiers —27,1 % des IAA et 17,1 % des IPA—avaient 30 ans ou plus lorsqu'ils ont obtenu leur premier diplôme en sciences infirmières, comparativement aux IA.

De plus en plus d'infirmières et infirmiers poursuivent leurs études

En 2005, plus du tiers (34,0 %) des IA détenaient un diplôme en sciences infirmières. Mais on constate que parmi les personnes récemment diplômées (ayant gradué depuis 2002), le taux était considérablement plus élevé (40,8 %). Le nombre croissant d'IA détenant un baccalauréat tient, en partie, au fait qu'à travers le pays, on exige de plus en plus le baccalauréat pour débuter dans la profession infirmière.

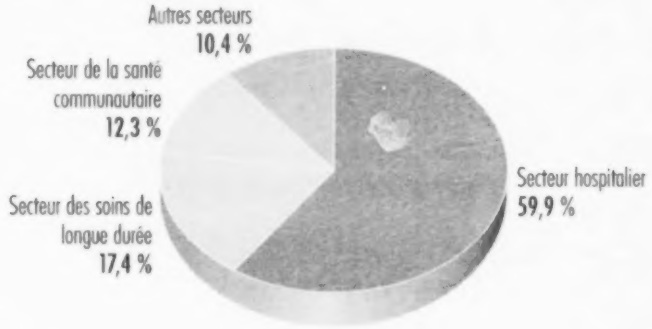
Milieux de pratique

Les infirmières et infirmiers sont actifs dans tous les milieux de soins de santé à l'échelle du continuum des services de santé—des hôpitaux aux centres de soins communautaires, de même qu'à domicile. Même si la plupart des infirmières et infirmiers travaillent dans les hôpitaux, les données laissent entrevoir certains changements.

La plupart des infirmières et infirmiers travaillent dans les hôpitaux

Le plus grand employeur de personnel infirmier de toutes catégories demeure le secteur hospitalier—en 2005, six infirmières et infirmiers sur dix (59,9 %) œuvraient dans ce milieu. Par ailleurs, 17,4 % des infirmières et infirmiers travaillaient dans le domaine des soins de longue durée comme les foyers de soins infirmiers et les établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes. Un autre 12,3 % optaient pour le secteur des soins communautaires au service d'organismes de soins à domicile ou de centres de santé communautaire. Le reste, soit 10,4 %, travaillaient

Figure 2 : **Effectif infirmier, selon le secteur d'emploi, 2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

dans divers autres milieux, y compris des écoles, des centres correctionnels, des bureaux de santé et sécurité au travail et des centres de recherche (voir la Figure 2).

Coup d'œil plus attentif sur chaque profession infirmière

Alors que l'effectif des IA tend à s'agglomérer dans le secteur hospitalier, les IAA et les IPA sont répartis de façon plus homogène entre les divers secteurs. En 2005, la plupart des IA (62,6 %) œuvraient en milieu hospitalier comparativement à 46,4 % des IAA et à 40,6 % des IPA. En outre, les IAA sont plus présents par le secteur des soins de longue durée (38,6 %), tandis qu'on observe une répartition égale des IPA entre les secteurs de la santé communautaire (23,2 %) et des soins de longue durée (21,8 %).

On remarque chez les IA et les IPA une tendance générale mais graduelle en faveur du secteur de la santé communautaire. À titre d'exemple, le pourcentage d'IA travaillant dans les centres de santé communautaire a presque doublé au cours des 12 dernières années, passant de 5,8 % en 1993 à 10,1 % en 2005.

Rôles et cheminement de carrière

La plupart des infirmières et infirmiers professionnels dispensent des soins directs aux patients. Seule une faible proportion (moins de 6 % en 2005) sont des gestionnaires. Un examen plus poussé de chaque profession laisse toutefois entrevoir certaines différences —les IPA tendent plus à être des gestionnaires (12,1 %) que les IA (6,9 %) ou les IAA (1,2 %).

Du côté des infirmières et infirmiers praticiens autorisés, 76.8 % s'identifiaient comme des infirmières ou infirmiers praticiens lors de leur enregistrement en 2005. Les autres décrivaient ainsi leur fonction première : gestionnaire (2,9 %), infirmière en milieu de travail ou infirmière de santé communautaire (8,9 %), instructeur, professeur ou éducateur (3,5 %), ainsi que des fonctions autres ou non déclarées (7,9 %).

La carrière des IA et des IPA semble suivre un parcours général semblable puisque les membres de ces deux groupes amorcent leur carrière infirmière dans le secteur hospitalier avant d'évoluer vers d'autres secteurs au fil du temps (voir la Figure 3). Ceci ne s'applique pas à l'effectif des IAA dont les plus récents diplômés tendent tout autant à travailler dans le secteur hospitalier que ceux qui ont gradué il y a plus de 25 ans.

Notre bassin d'infirmières et d'infirmiers

En 2005, l'effectif infirmier autorisé regroupait 251 675 IA en emploi—soit 78,3 % du nombre total—ainsi que 64 951 IAA (20,2 %) en emploi et 4 964 IPA (1,5 %) en emploi.

Tendances au fil du temps

Après une période de croissance au début des années 1990 et des fluctuations vers le milieu de la décennie, le nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant obtenu une licence a baissé à la fin des années 1990. On a toutefois observé une recrudescence des titulaires de licences (du moins chez les IA et les IAA) après 2001. En 2005, le taux d'émission de licences aux IA était légèrement plus élevé qu'en 1990 (de 5,6 %). Par contre, le taux d'émission de licences aux IPA et aux IAA était plus faible, soit 10,9 % et 12,6 %, respectivement.

L'effectif des IA augmentait en même temps que le taux d'émission de licences aux IA, soit de 4,3 % entre 2003 et 2005. Au cours de cette même période, l'effectif des IAA augmentait de 2,9 % alors que celui des IPA chutait de 2,8 %.

Même si les infirmières et infirmiers praticiens autorisés représentent moins de 1% de l'ensemble des IA, ils deviennent de plus en plus nombreux eux aussi. En 2005, on comptait 1 026 infirmières et infirmiers praticiens au Canada, soit 912 de plus qu'en 2002.

Travailler en santé publique

Les infirmières et infirmiers de santé publique constituent un sous-groupe de l'effectif infirmier de santé communautaire. À l'heure actuelle, il s'avère impossible de mesurer avec précision (séparément du groupe élargi des infirmières et infirmiers de santé communautaire) le nombre d'IAA, d'IA, d'IP et d'IPA du domaine de la santé publique. Les instances réglementaires provinciales et territoriales ont commencé à modifier leurs formulaires d'enregistrement pour pouvoir faire ces distinctions. Les premiers résultats seront publiés en même temps que les statistiques sur les soins infirmiers de l'ICIS de 2007.

Caractéristiques de l'emploi

Les taux d'emploi sont élevés au sein de toutes les professions infirmières. En 2005, la plupart des infirmières et infirmiers (93,0 %) avaient déjà un travail au moment d'obtenir leur licence. Seulement 5,6 % étaient sans emploi, alors qu'un autre 1,4 % ne déclarait pas sa situation d'emploi. Cela dit, un simple compte de têtes ne permet pas de brosser un tableau complet de la situation puisque près de la moitié de l'effectif infirmier travaille à temps partiel (voir *L'utilisation des données relatives à la santé au Canada* en page 44).

Travail à temps plein ou partiel et emploi occasionnel

En gros, un peu plus de la moitié des infirmières et infirmiers (53,8 % en 2005) travaillent à temps plein, quoique le taux varie selon la profession. Les IPA affichent le plus haut taux d'emploi à temps plein (67,0 %), un peu plus de la moitié des IAA (55,4 %) et un peu moins de la moitié des IA (46,9 %) déclarant travailler à temps plein. Les taux d'emploi à temps plein sont nettement plus élevés chez les infirmières et infirmiers praticiens (75,9 %) que chez l'ensemble des IA. Ces taux sont demeurés relativement stables au cours des dernières années (voir *La pénurie de personnel infirmier* en page 21).

Renouvellement des licences des IA

En 2004, la plupart des IA (96,3 %) ont renouvelé leur licence dans la même province ou le même territoire que l'année précédente. Le taux de renouvellement est généralement plus faible dans les territoires nordiques, là où le personnel de relève à court terme en provenance des provinces plus au sud vient renflouer l'effectif infirmier des régions nordiques. De fait, le personnel à court terme ne revient pas nécessairement chaque année.

Travailler en santé mentale

Les taux d'emploi à temps plein sont généralement plus élevés chez les infirmières et infirmiers qui travaillent en santé mentale que chez ceux qui dispensent d'autres types de soins directs aux patients.

En 2005, près des deux tiers (64,6 %) de l'effectif infirmier en santé mentale travaillait à temps plein, comparativement à 53,2 % des infirmières et infirmiers oeuvrant dans d'autres domaines de soins directs aux patients.

Les taux d'emploi occasionnel se sont stabilisés depuis quelques années chez la plupart des professions infirmières, y compris les IA (11 %), les infirmières et infirmiers praticiens (4 %) et les IPA (6,5 %). Mais dans le cas de l'effectif des IAA, le taux d'emploi occasionnel semble augmenter lentement, étant passé de 15 % environ en 2003 à près de 17 % en 2005.

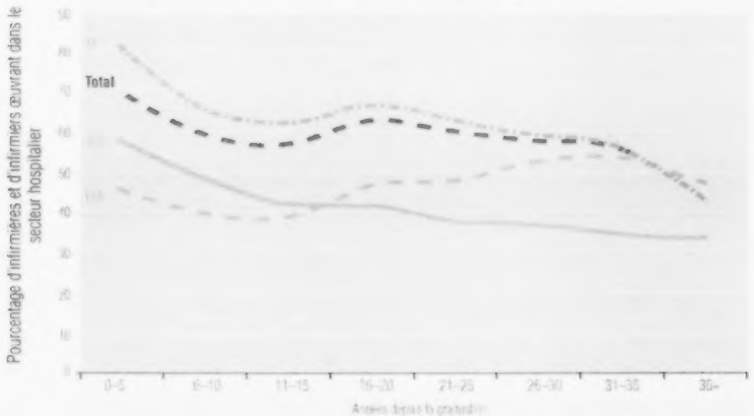
Plus d'un employeur

Certaines infirmières et certains infirmiers travaillent pour plus d'un employeur du domaine infirmier—de fait, plusieurs infirmières et infirmiers combinent plusieurs emplois à temps partiel pour arriver à travailler à temps plein dans leur domaine. La portion de l'effectif infirmier travaillant pour plus d'un employeur du domaine infirmier est demeurée la même depuis quelques années, s'établissant à 14 % environ.

Santé Canada comme employeur

Même si, au Canada, la prestation des soins de santé est de compétence provinciale et territoriale, il revient à Santé Canada, par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), d'assurer la bonne prestation des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits (voir la page 12).

Figure 3 : **Pourcentage d'infirmières et d'infirmiers œuvrant dans le secteur hospitalier, selon le nombre d'années depuis la graduation, 2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

Pour résumer

Même si l'on considère l'effectif infirmier comme un groupe unique dont les membres sont appelés à relever de nombreux défis communs, cet article met en lumière les tendances, les expériences et les défis uniques et parfois contradictoires propres à chacune des professions infirmières réglementées du Canada. Il est essentiel de comprendre l'évolution du bassin d'infirmières et d'infirmiers pour bien planifier l'avenir des ressources humaines de la santé. Les données objectives comparables présentées aident une gamme élargie d'intervenants gouvernementaux et de parties intéressées du secteur de la santé à prendre des décisions et à élaborer des politiques éclairées.

Effectif infirmier de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada collabore avec les collectivités des Premières nations et des Inuits pour maintenir et améliorer l'état de santé des peuples autochtones en offrant des services de santé aux Indiens inscrits dans les réserves, aux collectivités des trois territoires et aux Inuits. Les infirmières et infirmiers autorisés forment le groupe le plus nombreux de fournisseurs de soins de santé à desservir les collectivités des Premières nations et des Inuits[5].

Les infirmières et infirmiers embauchés par la DGSPNI dispensent leurs services dans divers types d'établissements de soins de santé. Les **postes infirmiers** desservent les habitants de collectivités isolées et éloignées où il n'existe pas de routes carrossables donnant facilement accès, l'année durant, à d'autres établissements de soins de santé. Avec l'aide d'un personnel de soutien, les infirmières et infirmiers de santé communautaire offrent des services de santé primaires, y compris des activités axées sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ils fournissent des services d'évaluation et de gestion des problèmes de santé misant sur le traitement et sur certains services d'urgence. Les **centres de santé** sont établis dans des régions rurales où les habitants sont en mesure d'accéder, en auto, à des centres de soins tertiaires. Ces centres embauchent une ou plusieurs infirmières qui assurent une gamme de services de santé publique et de programmes de santé communautaire visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Il existe aussi d'**autres établissements de santé**, y compris deux hôpitaux de la DGSPNI au Manitoba.

Pleins feux sur le personnel infirmier de la DGSPNI

Seul un petit pourcentage (8 %) des quelque 700 infirmières et infirmiers embauchés par la DGSPNI ont moins de 30 ans, alors que 40 % ont plus de 50 ans. En 2004, les membres de l'effectif infirmier actuel de la DGSPNI étaient plus âgés que l'ensemble des IA du Canada, ce qui porte à croire qu'on pourrait avoir des problèmes à les remplacer dans quelques années. L'écart d'âge des infirmières et infirmiers de la DGSPNI varie considérablement selon l'emplacement et d'autres attributs.

Comparativement aux infirmières et infirmiers de l'ensemble du Canada (en 2004), l'effectif infirmier de la DGSPNI regroupe une proportion nettement supérieure d'infirmières et d'infirmiers avec un baccalauréat ou une maîtrise (59 % de l'effectif infirmier de la DGSPNI comparativement à 32 % de l'ensemble de l'effectif infirmier canadien), et une proportion beaucoup plus faible dont la scolarité se limite au diplôme d'IA (41 % de l'effectif infirmier de la DGSPNI comparativement à 68 % de l'ensemble de l'effectif infirmier canadien).

Un tiers environ (63 %) des infirmières et infirmiers de la DGSPNI ont pour tâche principale de fournir des services directs aux patients; un nombre très réduit s'occupe de gestion (19 %) et d'éducation (10 %).

Une forte proportion d'infirmières et d'infirmiers de la DGSPNI ont des emplois stables. De fait, 86 % occupent des postes de durée indéterminée ou déterminée et 76 % travaillent à temps plein.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

Conditions de travail du personnel infirmier :

De quoi s'inquiéter

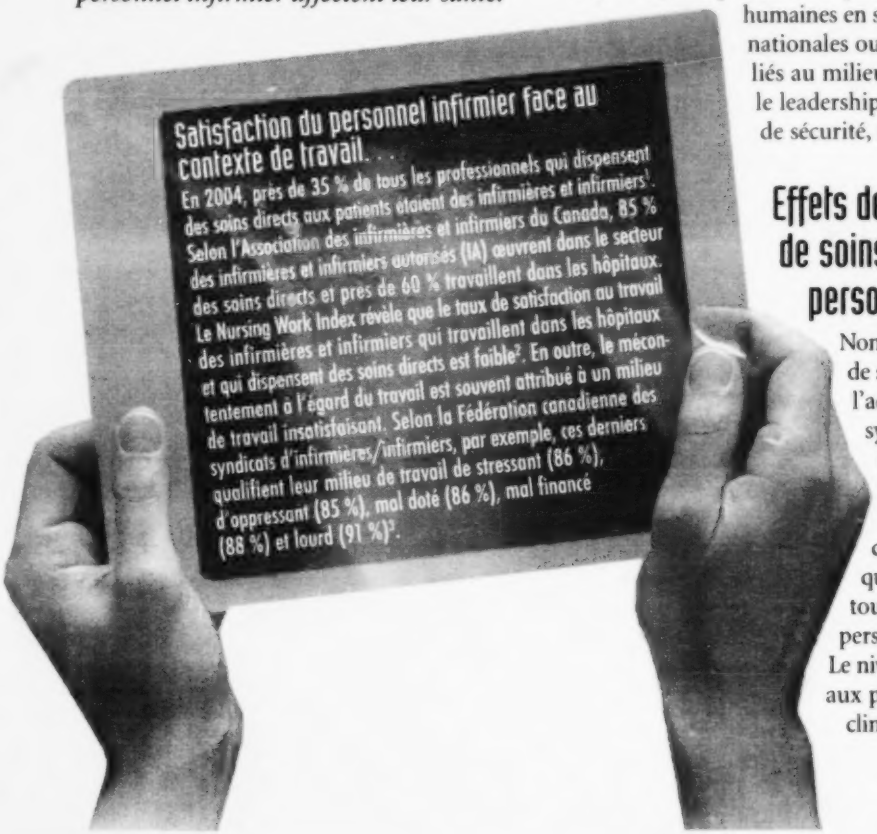
M. Victoria Greenslade, *IA, Ph.D., Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, et* **Kathie Paddock**, *M.Sc., Division du vieillissement et des aînés, Centre de promotion de la santé, Agence de santé publique du Canada, les deux autrefois du Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

Les conditions de travail du personnel infirmier affectent non seulement la santé et le bien-être de chaque infirmière et infirmier mais aussi l'efficacité globale du système, y compris son aptitude à attirer et à maintenir en poste le personnel infirmier. Cet article décrit les conditions de travail actuelles des infirmières et infirmiers en fonction des changements apportés en dix ans au système de santé. Il explique également en quoi les pressions de plus en plus fortes qui s'exercent sur le personnel infirmier affectent leur santé.

Le Canada est aux prises depuis un certain temps avec une pénurie de personnel infirmier. Les données probantes portent à croire que cette dernière s'intensifiera grandement au fil des dix prochaines années. Mais comme il est précisé dans l'entrevue en page 3, ce n'est pas en recrutant simplement d'autres infirmières et infirmiers qu'on réglera ce problème mais bien en s'attaquant à ses causes sous-jacentes, y compris les conditions de travail des infirmières et infirmiers, leurs expériences professionnelles particulières et le contexte de travail au sein duquel ils évoluent.

Problèmes liés au milieu de travail et à l'effectif

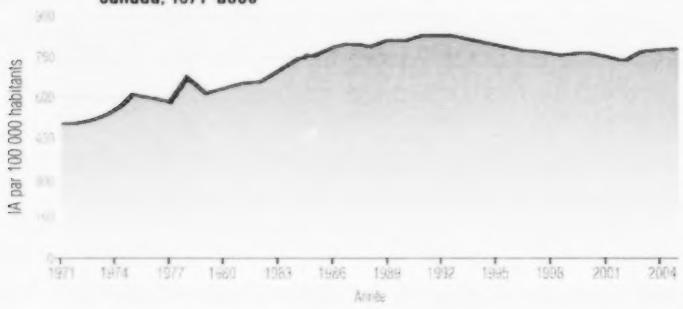
L'analyse des conditions de travail du personnel infirmier doit prendre en compte deux composantes clés : le milieu de travail et la main-d'œuvre. Les problèmes inhérents à la main-d'œuvre, comme l'éducation et la formation, la portée de la pratique et la planification des ressources humaines en santé exigent des mesures et des approches nationales ou provinciales. D'autre part, les problèmes liés au milieu de travail, comme la charge de travail, le leadership, les horaires de travail et les questions de sécurité, relèvent de chaque employeur.


Satisfaction du personnel infirmier face au contexte de travail...
En 2004, près de 35 % de tous les professionnels qui dispensent des soins directs aux patients étaient des infirmières et infirmiers[1]. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 85 % des infirmières et infirmiers autorisés (IA) œuvrent dans le secteur des soins directs et près de 60 % travaillent dans les hôpitaux. Le Nursing Work Index révèle que le taux de satisfaction au travail des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les hôpitaux et qui dispensent des soins directs est faible[2]. En outre, le mécontentement à l'égard du travail est souvent attribué à un milieu de travail insatisfaisant. Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, par exemple, ces derniers qualifient leur milieu de travail de stressant (86 %), d'oppressant (85 %), mal doté (86 %), mal financé (88 %) et lourd (91 %)[3].

Effets de la restructuration du système de soins de santé sur la santé du personnel infirmier

Nombre de projets de restructuration des soins de santé engagés dans les années 1990 ont mis l'accent sur des compressions budgétaires systémiques et eu un impact direct sur les milieux de travail en santé. Les séjours à l'hôpital ont été écourtés et les soins confiés à des cliniques de jour ou à des centres communautaires, sans compter qu'on a réduit le ratio infirmière-patient[4] tout en comprimant la gestion infirmière, le personnel de soutien et les services auxiliaires. Le niveau des soins actifs a augmenté, les services aux personnes hospitalisées, les services en clinique externe et les soins communautaires

Figure 1 : **Ratio d'IA par rapport à la population pour 100 000 habitants, Canada, 1971-2005**



Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, 2006.

se sont complexifiés, les tâches et responsabilités confiées au personnel infirmier ont augmenté et la demande en faveur d'infirmières et infirmiers plus éduqués s'est accrue. Bref, on s'est retrouvé avec moins de personnel infirmier pour s'occuper de patients plus malades.

En même temps, le ratio de *personnel infirmier par rapport à la population* a commencé à baisser, passant d'un sommet de 825 IA pour 100 000 habitants en 1992 à 752 IA pour 100 000 habitants en 1998 (voir la Figure 1). Mais lorsque le gouvernement fédéral a accusé un surplus budgétaire à la fin des années 1990, il a pu accroître son aide financière aux provinces. Depuis, le ratio de personnel infirmier par rapport à la population a augmenté légèrement, soit de 779 infirmières et infirmiers pour 100 000 habitants en 2004[5,6,7,8,9].

Pour contrer ces pénuries, les employeurs ont commencé à surexploiter leur personnel en demandant aux infirmières et infirmiers de faire des heures supplémentaires et de rester pour des quarts de travail additionnels, parfois contre leur gré, en vue de garantir un niveau adéquat de soins aux patients. Les études ont commencé à établir des liens entre le fait de travailler pendant trop d'heures et un taux accru d'absentéisme, de maladie et de blessure, ainsi que des corrélations entre les heures supplémentaires et les heures perdues en congé de maladie[10]. On a également constaté que la santé physique et mentale des infirmières et infirmiers tendait à être moins bonne quand on les obligeait à faire des heures supplémentaires[10].

Violence en milieu de travail

Le spectre de la violence en milieu de travail (agression physique, violence verbale ou psychologique) inquiète de plus en plus l'effectif infirmier. Les infirmières et infirmiers sont les travailleurs de la santé les plus à risque, particulièrement les infirmières. À preuve, jusqu'à 72 % d'entre elles ne se sentent pas à l'abri d'une agression physique au travail[11]. Même si les éléments de preuve sont encore frais, certains facteurs pourraient aider à élucider le phénomène :

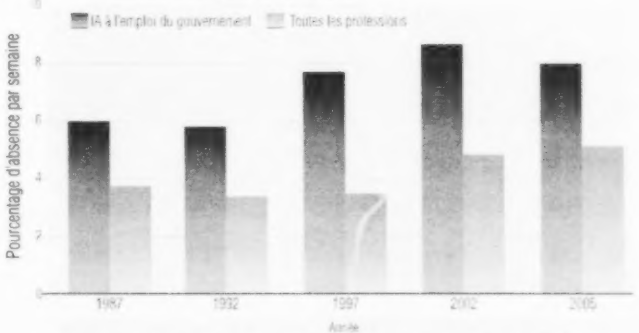
- travail par quarts et niveaux de dotation inadéquats
- travail par quarts imposant des déplacements aller-retour en pleine nuit
- interventions exigeant un contact physique proche avec le patient
- prolongation des temps d'attente dans les salles d'urgence et des cliniques ayant pour effet de stresser davantage les patients

Au Canada, l'étude détaillée de la documentation faite par McGillis Hall a démontré que la dotation inadéquate en personnel et le manque d'appui organisationnel attisaient le sentiment d'insatisfaction des infirmières et infirmiers face à leur travail, ainsi que leur taux d'épuisement professionnel et de blessures au travail[12,13,14]. En contrepartie, les taux élevés d'insatisfaction au travail, de stress, de pression, d'épuisement et de blessures (p. ex., les maux de dos et les blessures causées par des aiguilles), ainsi que la crainte de perdre son emploi et les tensions liées au rôle à jouer nuisaient au bien-être global du personnel infirmier, ce qui affectait les résultats des patients, ainsi que la qualité et le coût des soins dispensés[12,15].

Conditions de travail et absentéisme

Les comparaisons entre les taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures du personnel infirmier et d'autres types de travailleurs confirment l'effet de conditions de travail inadéquates sur les infirmières et infirmiers. Lorsqu'on compare la situation des IA à l'emploi du gouvernement avec celles des membres de toutes les autres occupations, on constate un net écart dans les divers taux d'absentéisme liés aux maladies et blessures (voir la Figure 2). En 2005, le taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures du personnel infirmier travaillant à temps plein était de 58 % supérieur à celui de l'ensemble de la population active travaillant à temps plein (7,9 % comparativement à 5,0 %)[2].

Figure 2 : **Taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures, Canada, années choisies, 1987-2005**



Source : Reproduction autorisée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006.

D'après le système de Classification nationale des professions de 1991, le taux d'absentéisme dû à des maladies et blessures observé chez le personnel infirmier est l'un des plus élevés parmi 47 grandes catégories professionnelles. De fait, en 2005, le taux des IA était le deuxième plus élevé, juste derrière celui du « Personnel de soutien des services de santé »[2].

Les infirmières et infirmiers sont particulièrement exposés aux maladies, à l'épuisement psychologique et aux blessures musculo-skelettiques. En 2005, 16 500 IA et infirmières et infirmiers en chef à l'emploi du gouvernement se sont absentés chaque semaine pour cause de maladie ou de blessure[2]. Même si ce chiffre est légèrement inférieur à celui de 2002 (17 100 par semaine), il est nettement plus élevé que les 9 400 absences hebdomadaires enregistrées en 1987.

En 2005, le taux d'absentéisme pour cause de maladie ou de blessure (7,6 %) était considérablement plus élevé que le taux estimatif de 1987 (5,3 %). Entre 1987 et 2005, le taux d'absentéisme a augmenté de 2,3 points de pourcentage, ce qui représente une hausse de 43 % du taux global. Vers la fin de cette période (1997–2005), le taux a grimpé de 6,8 % à 7,6 %, soit une hausse de 11,7 % du taux global d'absentéisme[2]. La Figure 3 brosse le tableau de ces hausses entre 1987 et 2005.

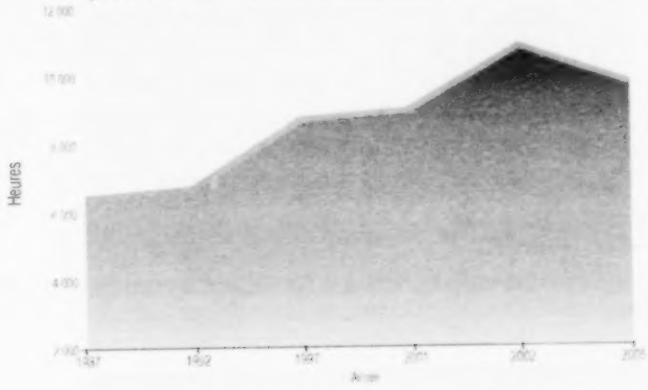
Certains membres de l'effectif infirmier sont plus touchés que d'autres

Malgré la hausse du taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures chez les infirmières et infirmiers en chef et les IA travaillant à temps plein (30 heures et plus par semaine) et à temps partiel depuis 1987, le taux d'absentéisme chez les travailleurs à temps plein est environ 50 % plus élevé que chez les travailleurs à temps partiel. Les taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures chez les infirmières et infirmiers de tous les groupes d'âge ont également augmenté quoiqu'en 2005, on ait constaté une légère baisse des taux chez les infirmières et infirmiers de moins de 45 ans, accompagnée d'une hausse chez ceux de plus de 50 ans[2].

Conditions de travail et heures supplémentaires

Il existe des liens directs entre les heures supplémentaires, le taux d'absentéisme et le manque d'heures de services infirmiers, sans compter que les infirmières et infirmiers en chef et les IA à l'emploi du gouvernement tendent plus que les autres membres de la population active à faire des heures supplémentaires. En 2005, l'incidence des heures supplémentaires de ces infirmières et infirmiers était de 26 %, comparativement à seulement 22,5 % pour le reste de la population active. En 2005, le taux d'heures

Figure 3 : **Tableau global des pertes d'équivalents à temps plein par année pour cause d'absentéisme, Canada, années choisies, 1987-2005**

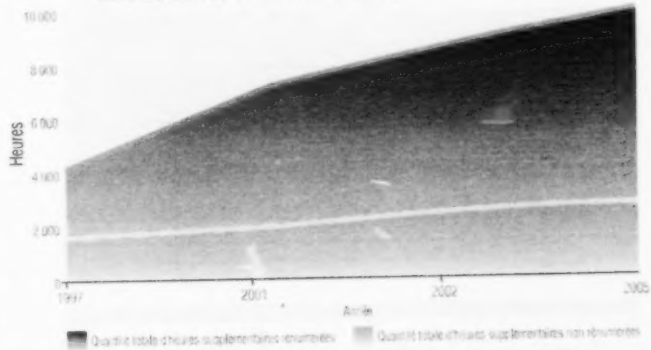


Source : Reproduction autorisée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006.

supplémentaires était plus élevé que le taux estimatif de 26 % en 2002 et considérablement supérieur au taux de 1997 (15,3 %). Le travail supplémentaire a augmenté de 58 % entre 1997 et 2005, même si le nombre moyen d'heures supplémentaires travaillées chaque semaine n'a pas changé (6,4 heures).

Même si une bonne partie des heures supplémentaires ne sont pas rémunérés, les heures supplémentaires rémunérées en 2005 correspondent à 7 468 emplois à temps plein. Lorsque l'on tient également compte des heures supplémentaires non rémunérées, il appert que les heures supplémentaires travaillées par les infirmières et infirmiers représentent 10 054 postes équivalents à temps plein (ETP). Il s'agit d'une hausse de 144 % depuis 1997, alors que les heures supplémentaires travaillées représentaient 4 125 ETP[2]. La Figure 4 fait état du nombre total d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières et infirmiers pour diverses années choisies entre 1997 et 2005[2].

Figure 4 : **Total annuel des heures supplémentaires des membres du personnel infirmier à temps plein, équivalents à temps plein, Canada, années choisies, 1997-2005**



Source : Reproduction autorisée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006.

Répercussions de l'absentéisme et des heures supplémentaires

Il va de soi que les charges de travail de plus en plus lourdes et des maladies et blessures de plus en plus nombreuses et les heures supplémentaires requises pour combler les failles mine non seulement le système de santé, mais aussi les infirmières et infirmiers et leurs familles.

Coûts engendrés pour le système

Des taux d'absentéisme aussi élevés ont une énorme incidence économique sur le système de soins de santé, soit sur le plan des coûts de productivité, du remplacement des salaires et des versements pour cause d'invalidité. En 2005, 16 500 infirmières et infirmiers se sont absentés pendant 20 heures chaque semaine, en moyenne, pour cause de maladie ou de blessure, d'où une perte totale de 340 000 heures de travail par semaine. Cela équivaut à 17,7 millions d'heures par année ou 9 754 postes d'infirmière ou infirmier à temps plein[2]. Une telle perte contribue à ébranler un système de soins de santé déjà aux prises avec une pénurie d'heures à consacrer aux soins infirmiers.

Pression sur les familles

Les nombreuses heures supplémentaires et la charge de travail grandissante exercent des pressions indues sur les relations personnelles et sociales et minent l'aptitude des infirmières et infirmiers à composer efficacement avec le stress émotif et physique inhérent à leurs responsabilités professionnelles et familiales[16]. De surcroît, et compte tenu du fait que l'effectif infirmier est avant tout constitué de femmes, le travail par quarts, les heures supplémentaires et les heures de travail limitent le temps à consacrer à la famille et aux activités récréatives et sociales[16].

Préparatifs en vue des urgences...

Des urgences à grande échelle, comme des flambées de maladies infectieuses, ajoutent au stress qui écrase déjà le système. En vue de faciliter la planification, des chercheurs de l'université d'Ottawa étudient en quoi les rôles liés au sexe et les obligations familiales peuvent affecter le personnel de la santé quand survient une urgence.

Les résultats préliminaires d'une étude coopérative engageant le ministère de la Défense nationale, Santé Canada et d'autres partenaires intitulée *Soin des travailleurs de la santé œuvrant comme premiers intervenants : amélioration des mécanismes de soutien basés sur le sexe dans la planification des mesures d'urgence* révèle que les fournisseurs de soins de santé se disent « mal préparés, peu soutenus et tiraillés entre leur loyauté envers leur profession et leur attachement à leur famille, qui peut tomber malade parce qu'elle est exposée à de nombreuses sources différentes d'infection rapportées à la maison »[17].

Répercussions sur les soins aux patients

Tel qu'indiqué à l'article en page 20, les longues heures de travail et les lourdes charges de travail portent atteinte à la qualité des soins aux patients[10]. Dans l'étude sectorielle sur les soins infirmiers de 2005, les infirmières et infirmiers révèlent que la lourde charge de travail qu'on leur impose affecte la qualité des soins aux patients[4]. Une autre étude établit que les membres du personnel infirmier hospitalier travaillant plus de 12,5 heures de suite sont trois fois plus sujets aux erreurs. En outre, les erreurs et accidents médicaux augmentent considérablement quand les infirmières et infirmiers travaillent plus de 40 heures par semaine ou font des heures supplémentaires[4]. Lorsque le personnel infirmier n'arrive pas à accomplir toutes les tâches qui lui sont confiées (ou qu'on l'empêche de le faire), on constate une recrudescence d'erreurs de médication et de chutes chez les patients.

Défis d'avenir

Les problèmes inhérents au milieu de travail et à la main-d'œuvre exigent une approche coopérative et l'intervention de tous les ordres de gouvernement, en partenariat avec les fournisseurs de soins de santé de première ligne, les organismes professionnels et d'autres parties intéressées. Il va de soi que l'harmonisation des efforts des organismes, des compétences et des enjeux n'est pas facile à réaliser. Mais tel qu'indiqué dans l'article en page 36, d'importants investissements ont été engagés sous l'égide de la *Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé.*

Le mot de la fin

Cet article vise à résumer les données probantes qui confirment les graves problèmes découlant des conditions de travail du personnel infirmier, et à expliquer certains des motifs qui les sous-tendent, ainsi que les enjeux complexes en cause. Malgré quelques percées, les infirmières et infirmiers de première ligne continuent de faire des heures supplémentaires, de se blesser, de tomber malade, de souffrir d'un manque de soutien et d'être atteints par le découragement, le stress et l'épuisement. Un examen plus poussé des liens entre les conditions de travail et la santé physique et mentale des infirmières et infirmiers s'avère essentiel. Il en est question dans le prochain article du Bulletin, qui présente les résultats de l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier.*

Les auteures tiennent à remercier Teklay Messele, Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada, qui a gracieusement fourni les données sur les IA par rapport à la population.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

Kathryn Wilkins, *Division de la statistique de la santé, Statistique Canada*, **Fil McLeod**, *Division des enquêtes spéciales, Statistique Canada, et* **Margot Shields**, *Division de la statistique de la santé, Statistique Canada*

Nouvelles données

sur le travail et l'état de santé du personnel infirmier

D'octobre 2005 à janvier 2006, les infirmières et infirmiers de toutes les régions du pays ont pris part à une étude fort novatrice, soit la première enquête axée sur le milieu de travail et la santé du personnel infirmier fondée sur un échantillon national représentatif. Cet article met en lumière quelques points saillants de cette étude et présente de nouvelles données sur l'effectif infirmier, les milieux de travail des infirmières et infirmiers et leur état de santé physique et mentale.

Les infirmières et infirmiers tendent-ils davantage à faire état de stress associé au travail que l'ensemble de la population active canadienne? Les conditions de travail des membres du personnel infirmier sont-elles similaires d'une région à l'autre du pays? À quels dangers physiques et mentaux les infirmières et infirmiers s'exposent-ils au travail? Les résultats de l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier*[1] récemment publiés (décembre 2006) font la lumière sur ces questions et sur d'autres enjeux semblables. Ces données viennent à point pour enrichir la discussion relativement aux conditions de travail du personnel infirmier canadien.

Coup d'œil sur l'Enquête

Raison d'être de l'Enquête

- Coup d'envoi donné par le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada pour se familiariser davantage avec les conditions de travail des infirmières et infirmiers et les liens avec leur santé physique et mentale.

Un effort collaboratif

- Enquête élaborée par les représentants d'organismes professionnels d'infirmières et infirmiers, par des syndicats d'infirmières et infirmiers, par des chercheurs du domaine de la santé, par des spécialistes de l'information sur la santé et par des ministères fédéraux dans un esprit de collaboration.
- Enquête effectuée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et par l'Institut canadien de l'information sur la santé.

Enquête à large portée, taux de réponse élevé

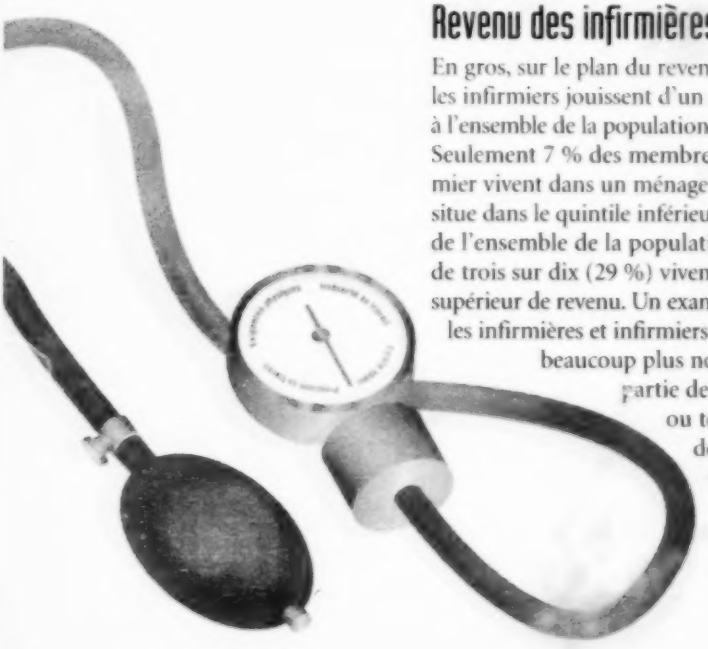
- En tout, 18 676 membres du personnel infirmier réglementé, représentant les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), les infirmières et infirmiers autorisés (IA) et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) œuvrant dans divers milieux de travail.
- 80 % des infirmières et infirmiers invités à prendre part à l'Enquête ont accepté de le faire, alors que seulement 7 % ont refusé de participer.

Le personnel infirmier du Canada

En 2005, quelque 314 900 Canadiens faisaient partie de l'effectif infirmier réglementé. Les infirmières et infirmiers représentent 2 % de l'ensemble de la main-d'œuvre canadienne; il importe de souligner que 4 % de toutes les femmes occupant un emploi sont des infirmières. Au Canada, huit membres du personnel infirmier réglementé sur dix (79 %) sont des infirmières et infirmiers autorisés (IA), un sur cinq (20 %) est une infirmière ou un infirmier auxiliaire (IAA). En outre, les IPA, qui pratiquent dans les quatre provinces de l'Ouest, représentent moins de 2 % de l'effectif infirmier.

Revenu des infirmières et infirmiers

En gros, sur le plan du revenu, les infirmières et les infirmiers jouissent d'un avantage par rapport à l'ensemble de la population occupant un emploi. Seulement 7 % des membres du personnel infirmier vivent dans un ménage dont le revenu les situe dans le quintile inférieur de revenu (c'est-à-dire le 20 % des revenus les plus faibles) de l'ensemble de la population active de leur province ou territoire. Par contre, près de trois sur dix (29 %) vivent dans un ménage dont le revenu les situe dans le quintile supérieur de revenu. Un examen plus poussé révèle toutefois des écarts considérables entre les infirmières et infirmiers de différentes catégories. Les IAA sont proportionnellement beaucoup plus nombreux (16 %) que les IA (4 %) ou les IPA (3 %) à faire partie de ménages du quintile inférieur de revenu de leur province ou territoire. Le revenu relatif du ménage des infirmières et des infirmiers varie également d'une région à l'autre du pays. C'est ainsi que les infirmières et infirmiers du Québec tendent plus à faire partie d'un ménage du quintile inférieur de revenu que leurs collègues des autres régions du pays (voir la Figure 1).



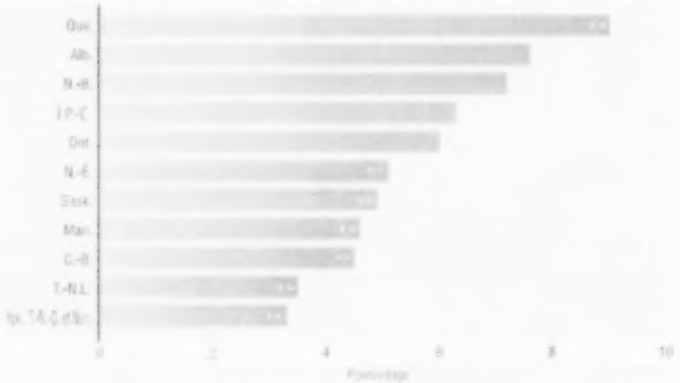
Caractéristiques de l'emploi, du poste et du milieu de travail

Les résultats indiquent que les conditions de travail du personnel infirmier varient d'une région à l'autre, d'un domaine de spécialisation infirmière à l'autre et entre les infirmières et infirmiers et l'ensemble de la population active canadienne.

Heures de travail hebdomadaires variables selon la région

Excluant les heures supplémentaires, les infirmières et infirmiers canadiens (y compris le personnel à temps partiel) ont travaillé, en moyenne, 32,2 heures par semaine dans le cadre de leur emploi principal (défini comme l'emploi auquel le personnel infirmier consacre le plus d'heures de travail par semaine). Chez les infirmières, la semaine de travail moyenne était de 32,0 heures, ce qui est légèrement moins que la semaine de travail des infirmiers, qui s'étend sur 34,7 heures.

Figure 1 : **Pourcentage des infirmières et infirmiers vivant dans un ménage du quintile inférieur de revenu*, selon la province ou le territoire, Canada, 2005**



** Les limites des quintiles, définies séparément pour chaque province et territoire, se fondent sur le revenu du ménage de la population de 21 ans et plus occupant un emploi, ajustées pour tenir compte de la taille du ménage.*

*** Écart significatif par rapport aux estimations combinées des autres provinces et territoires (p<0,05).*

Source : Shields et Wilkins, Résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005[1].

Lorsqu'on tient compte des heures supplémentaires rémunérées et non rémunérées, il appert que la semaine de travail normale du personnel infirmier comprend 35,7 heures. En général, les infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et des Territoires consacrent en moyenne plus d'heures à leur emploi principal que leurs homologues d'autres régions (y compris les heures supplémentaires). Ce fait est plus frappant encore dans les Territoires, où la semaine moyenne des infirmières et infirmier s'étale sur 47,8 heures avec les heures supplémentaires.

Quarts de travail

Il est assez courant que les quarts de travail des membres du personnel infirmier comptent 12 heures. Dans le cadre de l'Enquête, un répondant sur quatre déclarait que son quart de travail habituel était de 12 heures. Dans le cas des infirmières et infirmiers avec des quarts de travail de moins de 12 heures, 97 % disaient travailler 8 heures ou moins.

Taux d'heures supplémentaires plus élevés chez le personnel infirmier

Malgré un taux de syndicalisation élevé, près de la moitié des infirmières et infirmiers (46 %) ont déclaré que leur employeur s'attend à ce qu'ils fassent des heures supplémentaires. Trois répondants sur 10 ont indiqué faire habituellement des heures supplémentaires rémunérées dans le cadre de leur emploi principal—en moyenne 5,4 heures supplémentaires par semaine. Les heures supplémentaires rémunérées sont plus fréquentes chez le personnel infirmier des hôpitaux (37 %) que chez les infirmières et infirmiers travaillant dans d'autres milieux.

Le personnel infirmier est nettement plus susceptible que l'ensemble des travailleurs canadiens de faire des heures supplémentaires rémunérées. Seulement 13 % des femmes occupant un emploi font des heures supplémentaires rémunérées, comparativement à 30 % des infirmières; chez les hommes, ces taux s'établissent à 28 % et à 37 % respectivement.

Les heures supplémentaires non rémunérées sont encore plus courantes chez le personnel infirmier que ne le sont les heures supplémentaires payées. Près de la moitié des infirmières et infirmiers ont déclaré faire des heures supplémentaires non rémunérées dans le cadre de leur emploi principal, en moyenne quatre heures par semaine. Les heures supplémentaires non rémunérées constituent un phénomène plus répandu chez le personnel infirmier de l'Alberta, du Manitoba et de l'Ontario; près de la moitié des infirmières et infirmiers de ces provinces ayant affirmé faire généralement des heures supplémentaires non payées dans le cadre de leur emploi principal.

Changements dans le domaine des soins infirmiers : Qualité, risques et charge de travail

Lorsqu'on interroge les infirmières et les infirmiers au sujet de l'évolution de la qualité des soins prodigués dans leur milieu de travail, les opinions varient. Plus de la moitié (57 %) disent n'avoir noté aucune variation, un peu plus du quart (27 %) observe une détérioration et moins du cinquième (16 %) sont d'avis que la qualité des soins s'était améliorée.

Les opinions divergent selon les régions. Les infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique tendent plus que leurs homologues d'ailleurs au pays à affirmer que la

qualité des soins de santé s'est détériorée. Plus du tiers (35 %) de l'effectif infirmier de C.-B. a signalé une détérioration, soit près de deux fois la proportion (15 %) de répondants dans l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les membres du personnel infirmier à dire que la qualité des soins s'est améliorée, la raison la plus courante tient à l'amélioration de la gestion ou à la réorganisation, à l'ajout de personnel ou une formation plus intense ou de meilleure qualité.

Les résultats de l'Enquête indiquent que la dotation figure parmi les grands déterminants des changements positifs et négatifs observés dans la qualité des soins. Il est très clair, de l'avis des répondants, que la cause première de la détérioration des soins est la pénurie de personnel (citée par 67 % des infirmières et infirmiers qui notent une baisse de qualité des soins). En outre, 38 % des infirmières et infirmiers indiquent que la qualité réduite des soins tient au nombre trop élevé de patients.

Blessures et violence en milieu de travail

Les infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan tendent plus que leurs homologues d'ailleurs au pays à avoir subi une blessure au travail : un répondant sur huit en Colombie-Britannique (12 %) et une proportion presque équivalente (11 %) de ceux de la Saskatchewan ont signalé des blessures, soit environ deux fois la proportion enregistrée à l'Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, seulement 7 % des répondants disent avoir subi des blessures au travail.

Plus du quart (29 %) des infirmières et infirmiers prodiguant des soins directs disent avoir été agressés par un patient au cours de la dernière année; plus de quatre infirmiers sur dix (44 %) ont signalé des agressions physiques, ce qui est légèrement supérieur au nombre d'infirmières faisant état de telles agressions, soit un peu moins de trois sur dix (28 %). Par ailleurs, 44 % des répondants disent avoir été victimes de violence psychologique de la part d'un patient.

Pressions liées à la charge de travail

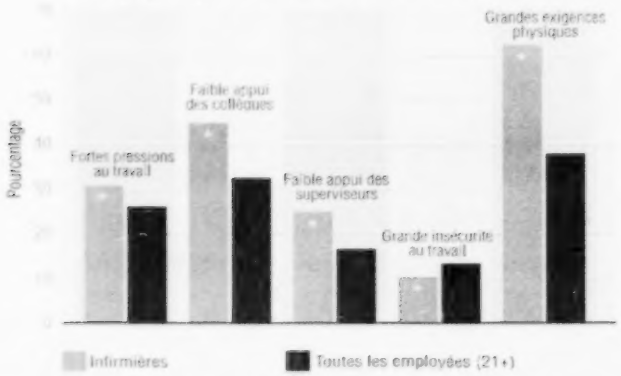
Plus de la moitié (54 %) des infirmières et infirmiers ont indiqué qu'il leur arrive souvent d'arriver tôt au travail ou de quitter tard afin de terminer leurs tâches, alors que 62 % ont déclaré travailler pendant les pauses. Les deux tiers (67 %) estiment que leur charge de travail est trop lourde pour une seule personne et 45 % disent manquer de temps pour accomplir toutes les tâches auxquelles on s'attend d'eux pour bien faire leur travail.

Milieu de travail : Stress, collaboration et respect

L'Enquête a permis d'évaluer plusieurs dimensions de la tension au travail, notamment le stress (c.-à-d., quand les exigences psychologiques de l'emploi affectent la marge de manoeuvre des travailleurs quant à la façon d'exécuter leurs tâches). Les infirmières et infirmiers sont proportionnellement plus nombreux que les autres membres de la population active à subir un niveau élevé de stress au travail. Chez les femmes, 31 % des infirmières disent subir un tel stress comparativement à 26 % des autres femmes sur le marché du travail. Chez les hommes, les proportions sont légèrement plus faibles, puisque 27 % des infirmiers se disent victimes de stress, comparativement à 18 % des autres hommes sur le marché du travail (voir les Figures 2A et 2B).

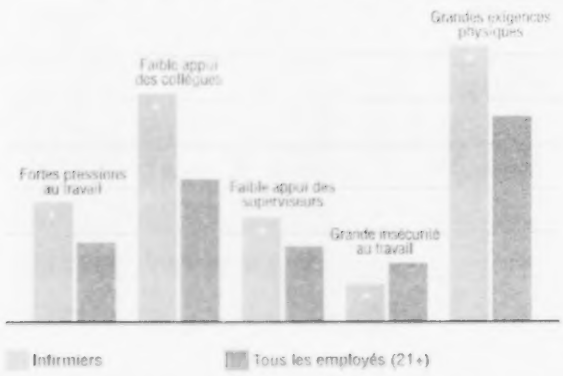
Un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers estiment avoir peu d'appui de la part de leurs collègues, soit 45 % des infirmières et 51 % des infirmiers. Ceci diffère

Figure 2A : **Pourcentage des infirmières et de l'ensemble des femmes employées ayant déclaré subir du stress au travail, Canada, 2005**



* Écart significatif par rapport aux estimations combinées pour toutes les femmes employées ($p<0,05$).
Source : Shields et Wilkins, Résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005[5].

Figure 2B : **Pourcentage des infirmiers et de l'ensemble des hommes employés ayant déclaré subir du stress au travail, Canada, 2005**



* Écart significatif par rapport aux estimations combinées pour tous les hommes employés ($p<0,05$).
Source : Shields et Wilkins, Résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005[5].

considérablement des données pour l'ensemble de la population active qui tournent autour de 33 %, tant chez les femmes que chez les hommes. En revanche, les infirmières et infirmiers tendent à faire état de relations de travail très positives avec les médecins : 87 % des répondants disent avoir de bonnes relations de travail, 81 % soulignent le grand travail d'équipe et 89 % soulignent la bonne collaboration.

L'insatisfaction à l'égard de l'emploi est plus élevée chez le personnel infirmier que dans l'ensemble de la population active. Environ 12 % des infirmières et infirmiers se disent insatisfaits de leur emploi, comparativement à 8 % de l'ensemble des travailleurs, hommes et femmes. Par contre, seulement 4 % des répondants prévoient abandonner la pratique des soins infirmiers au cours de la prochaine année, la plupart du temps pour prendre leur retraite.

Santé physique et mentale

Si certains problèmes de dos et d'arthrite sont plus fréquents chez les infirmières que chez l'ensemble des femmes actives, on n'observe pas de différences significatives à ce chapitre chez les hommes. Le quart (25 %) des infirmières disaient souffrir de maux de dos chroniques, comparativement à 19 % de l'ensemble des travailleuses. De plus, la proportion d'infirmières et infirmiers faisant état de migraines, d'hypertension artérielle, d'asthme et de problèmes de la thyroïde était plus élevée qu'au sein de la population active en général.

La dépression est plus répandue chez le personnel infirmier que dans l'ensemble de la population active. Près d'une infirmière ou d'un infirmier sur dix (9 % chez l'un et l'autre sexe) disait avoir souffert de dépression au cours des 12 mois précédant l'Enquête, comparativement à 7 % de toutes les femmes et à 4 % de tous les hommes actifs sur le marché du travail.

Santé et rendement au travail

Les infirmières et infirmiers font des liens entre leurs problèmes de santé et leur aptitude à accomplir leurs tâches professionnelles. Le tiers environ des répondants ont déclaré qu'au cours du mois précédant l'Enquête, ils avaient eu des difficultés à exécuter leurs tâches en raison de problèmes de santé physique, alors que près d'un répondant sur cinq affirmait que des problèmes de santé mentale avaient affecté son rendement au travail.

Chez l'ensemble du personnel infirmier, du pays, le nombre moyen de jours d'absence du travail (avant la tenue de l'Enquête) pour des motifs de santé s'établit à 14,5 par année. Ceux qui s'étaient absentés avaient manqué 23,9 jours de travail en moyenne. On estime qu'environ 14 % de l'ensemble des infirmières et infirmiers se sont absentés 20 jours ou plus pour des motifs de santé au cours de l'année précédant l'Enquête. Au Québec, les infirmières et infirmiers qui se sont absentés en raison de problèmes de santé ont manqué, en moyenne, 44 jours de travail, soit plus du double des jours d'absence observés ailleurs au pays (de 13 à 20,6 jours d'absence, en moyenne). Par contre, seulement 48 % des infirmières et infirmiers du Québec s'étaient absentés du travail en raison d'un problème de santé, alors que ce chiffre atteignait 61 % pour l'ensemble du personnel infirmier canadien.

Liens entre le travail et la santé

On a analysé les données pour déceler des liens possibles entre l'état de santé physique et mental déclaré des infirmières et infirmiers et les journées d'absence du travail pour cause de santé, d'une part, et les conditions de travail du personnel infirmier, d'autre part. Une analyse à plusieurs variables a été entreprise, prenant en compte des effets potentiellement confusionnels (comme l'âge, le type d'effectif infirmier, la province ou le territoire, etc.), en vue d'examiner à la fois les facteurs tangibles d'organisation du travail et les facteurs psychosociaux en milieu de travail.

En gros, on associe l'état de santé générale ou mentale passable ou médiocre du personnel infirmier à divers types de stress professionnel, notamment les fortes pressions qui s'exercent au travail et le manque de soutien de la part des collègues ou des supérieurs. Il en va de même d'autres facteurs, comme un faible degré d'autonomie, de mauvaises relations de travail entre le personnel infirmier et les médecins, un manque de respect de la part des supérieurs et une surcharge de travail. Par ailleurs, on a également observé des corrélations entre les absences de 20 jours ou plus pour des motifs de santé et un niveau élevé de stress, un manque de soutien de la part des supérieurs, un manque de contrôle sur la pratique professionnelle, un manque de respect de la part de la direction et une surcharge de travail.

Autres analyses

Les résultats présentés dans cet article donnent un bref aperçu de la riche source de données tirées de l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier* de 2005. Ces résultats continueront de faire l'objet d'analyses poussées en vue de faire ressortir les liens entre les conditions de travail et l'état de santé du personnel infirmier. Ils permettront également de mieux cerner les défis à relever pour réussir à améliorer les conditions de travail des infirmières et infirmiers du Canada.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

La pénurie de personnel infirmier : Où et pourquoi

Kisalaya Basu *et* **Anil Gupta** *de la Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

Le Canada est aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre infirmière et tout indique que la situation ira en s'aggravant au cours des 15 prochaines années. Cet article examine les facteurs qui affectent l'offre et la demande et explique les effets des pressions démographiques qui s'exercent et des conditions de travail des infirmières et infirmiers. Il applique également les nouveaux modèles mis au point pour prédire les domaines de spécialisation en soins infirmiers les plus affectés par ces pénuries de personnel.

Les données portent à croire que la pénurie de main-d'œuvre infirmière ne se limite pas au Canada, mais prend une envergure mondiale. De fait, un nouveau rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) décrit les infirmières et infirmiers autorisés (IA) comme une main-d'œuvre vieillissante et de plus en plus réduite. Malgré tout, l'ex-présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ginette Lemire Rodger, Ph.D., soulignait que l'effectif infirmier constitue un élément crucial à la viabilité du futur système de soins de santé[1]. L'Association confirme aussi qu'au cours des 15 prochaines années, le Canada sera confronté à une pénurie croissante d'infirmières et infirmiers. On prévoit une pénurie de 113 000 IA d'ici 2016, un chiffre qui tient compte de l'offre prévue et de la demande croissante résultant des besoins d'une population vieillissante[2].

Comprendre les pénuries

La pénurie de personnel infirmier survient quand la demande en services infirmiers dépasse les capacités de l'effectif d'infirmières et infirmiers au sein de la population active. Il n'est pas possible de mesurer cette pénurie directement. Il faut plutôt l'estimer à l'aide de modèles complexes d'offre et de demande. On détermine surtout la demande selon la prévalence des maladies, les technologies disponibles (y compris les percées au niveau des médicaments et des vaccins) et des attentes du public. Par contre, on détermine la quantité de personnel infirmier disponible selon le nombre d'infirmières et infirmiers actifs et la quantité de temps pendant lequel ils travaillent.

Une étude portant sur les services infirmiers dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) résume les causes de la pénurie actuelle d'infirmières et infirmiers[3]. Tel qu'indiqué dans les articles précédents, plusieurs sont associés aux conditions de travail :

- le besoin croissant d'infirmières et d'infirmiers en raison du vieillissement des populations
- les nouvelles technologies qui élargissent la portée des conditions soignables
- plus grand activisme chez les consommateurs
- un bassin d'effectifs qui diminue ou croît trop peu, puisque de moins en moins de jeunes embrassent la profession infirmière
- un plus large éventail de possibilités professionnelles dans des secteurs autres que celui des soins infirmiers
- le peu de valorisation sociale attachée aux soins infirmiers
- les perceptions négatives des conditions de travail des infirmières et infirmiers
- un effectif infirmier vieillissant

Les arguments axés sur l'offre et ceux axés sur la demande

Dans une large mesure, la pénurie actuelle d'infirmières et infirmiers dans le secteur hospitalier résulte des restrictions budgétaires imposées à ce secteur du début au milieu des années 1990. D'autres facteurs ont aussi affecté les niveaux d'emploi des infirmières et infirmiers depuis cette époque. Selon ceux qui argumentent en fonction de l'offre, la détérioration des conditions de travail et la stagnation des salaires ont poussé les infirmières et infirmiers à abandonner volontairement leur emploi pour trouver un meilleur travail ailleurs, y compris aux États-Unis. Par contre, ceux qui argumentent en fonction de la demande affirment que les hôpitaux ont réduit leurs taux de dotation en raison du taux réduit de malades hospitalisés[4]. Comme l'indique cet article, les deux perspectives ont du mérite.

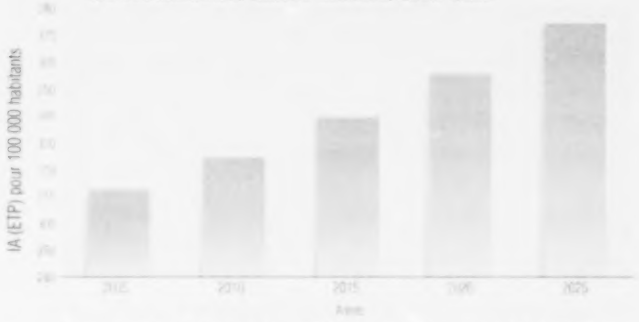
Une demande en mutation

La demande en faveur de services infirmiers tient à plusieurs facteurs, y compris la taille et les caractéristiques démographiques de la population. Le vieillissement de la population a une importance particulière puisque la répartition de la population selon l'âge se reflète dans la prévalence et les types de maladies.

Types de maladies associées au vieillissement

Chez une population vieillissante, on s'attend à ce que le taux de prévalence des maladies associées à l'âge augmente. À titre d'exemple, les données administratives de la

Figure 1 : **Demande prévue d'IA (équivalents à temps plein) qui dispensent des soins en milieu hospitalier et des soins à domicile pour 100 000 habitants, années choisies, 2005-2025**



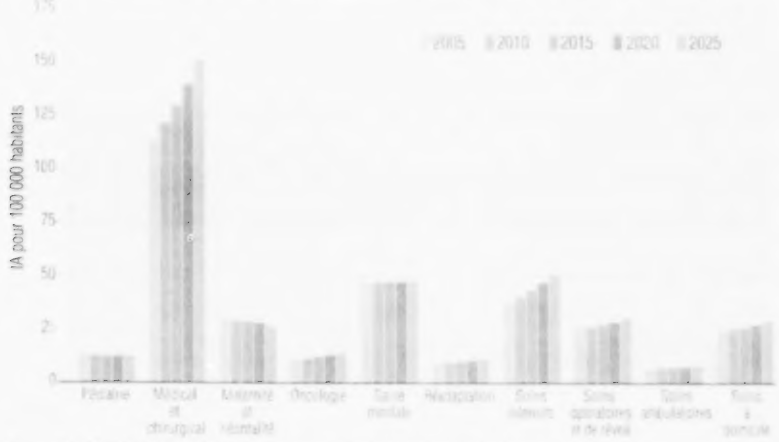
Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et d'analyse des données, Modèle de la demande pour des IA.

Nouvelle-Écosse révèlent qu'au cours des 20 prochaines années, et à condition que les autres facteurs ne changent pas, on observera une *hausse* signification des soins requis pour traiter les maladies du système circulatoire (36 %); du néoplasme (29 %); les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et les troubles immunitaires (25 %); ainsi que les maladies du sang et des organes hématopoïétiques (25 %)[5]. Par contre, les caractéristiques démographiques auront aussi pour effet de *réduire* la demande dans d'autres secteurs, y compris les complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité (12 %). La prévalence de toutes les maladies diminuera aussi chez les patients pédiatriques.

Demande d'IA selon le domaine de soins infirmiers à l'hôpital

Pour bien comprendre les pénuries d'effectif, il faut déterminer l'offre et la demande régissant l'effectif infirmier. La modélisation de la demande en soins infirmiers est complexe. La Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données (DMSAD) de Santé Canada a mis au point un modèle des ressources humaines en santé qui prédit la demande pour des IA équivalents à temps plein (ETP) pour 100 000 habitants. Produit à l'aide de la Base de données sur les congés des patients (2000), ce modèle s'applique à toutes les provinces et à tous les territoires. La demande en fonction de l'utilisation a été établie par pondération du volume des ressources (PVR), ce qui permet de mesurer les ressources utilisées par chaque patient ayant obtenu son congé.

Figure 2 : **Demande d'IA (équivalents à temps plein) pour 100 000 habitants, selon des domaines de soins infirmiers choisis, Canada, années choisies, 2005-2025**



Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et d'analyse des données, Modèle de la demande pour des IA.

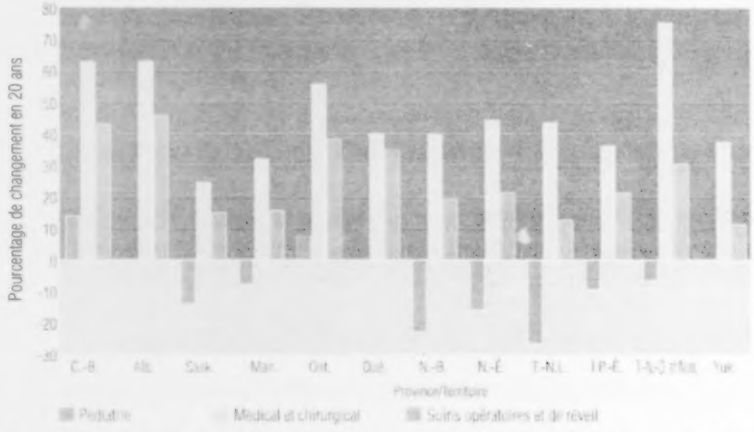
La Figure 1 a recours au modèle[6] et à l'année de base 2001 pour illustrer la demande en faveur d'infirmières et infirmiers qui dispensent des soins en milieu hospitalier et des soins à domicile jusqu'en 2025.

En plus de faire état de la demande totale pour des IA (ETP) qui assurent des soins infirmiers en milieu hospitalier et à domicile, le modèle de la DMSAD présente une ventilation de la demande pour des IA en milieu hospitalier selon divers secteurs de soins infirmiers, comme les services pédiatriques; les services médicaux et chirurgicaux; les services de maternité et de néonatalité; les services d'oncologie; les services de santé mentale; les services de réadaptation; l'unité des soins intensifs; les services opératoires et de réveil; les soins ambulatoires; et les soins à domicile.

La Figure 2 fait état de la demande projetée pour des IA selon le domaine de soins infirmiers de 2005 à 2025. Ceci comprend l'ensemble des IA travaillant dans les hôpitaux, ainsi que les IA qui offrent des soins à domicile. Tel que prévu, on prévoit une hausse relativement plus forte de la demande dans le cas des IA qui dispensent des soins aux patients âgés.

La Figure 3 illustre la croissance projetée du nombre d'IA (ETP) dans les hôpitaux pour 100 000 habitants selon la province ou le territoire et selon divers types d'occupation infirmière de 2005 à 2025. La demande prévue pour divers types d'infirmières et infirmiers reflétera la prévalence de diverses maladies, ainsi que le profil démographique. Somme toute, le modèle prédit une demande croissante dans toutes les provinces au cours des 20 prochaines années

Figure 3 : **Pourcentage de croissance du nombre d'IA offrant des services hospitaliers et à domicile pour 100 000 habitants, selon la province ou le territoire et selon des domaines de soins infirmiers choisis, 2005-2025**



Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et d'analyse des données, Modèle de la demande pour des IA.

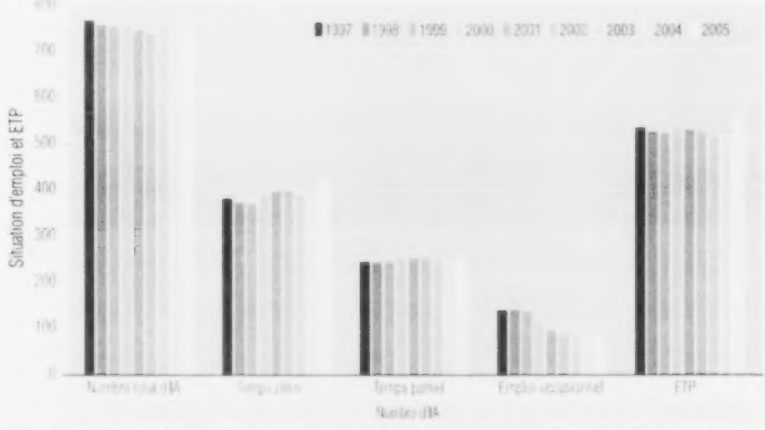
dans des domaines de soins infirmiers choisis en fonction de l'âge, comme les services médicaux et chirurgicaux et les services opératoires et de réveil. Dans le cas des services infirmiers pédiatriques toutefois, la plupart des compétences accusent un pourcentage de changement négatif sur le plan de la croissance qui reflète le vieillissement de la population. Seules les provinces de la Colombie-Britannique et de l'Ontario font exception à la règle.

Disponibilité des infirmières et infirmiers

La disponibilité du personnel infirmier dépend d'une série de facteurs, dont le nombre d'élèves inscrits dans les facultés de sciences infirmières, le taux d'attrition, la migration d'infirmières et d'infirmiers qui entrent au pays ou qui en sortent, le taux de retraite, le taux de décès, la migration interprovinciale, les conditions de travail, le taux de satisfaction au travail, le taux de maintien en poste et autres. La comptabilisation du nombre d'infirmières et infirmiers fournit de l'information sur leur disponibilité, mais pour que ces données soient utiles, il faut les convertir en ETP pour établir la composition réelle de la main-d'œuvre infirmière (voir *L'utilisation des données relatives à la santé au Canada* en page 44).

Le calcul du nombre d'ETP pour 100 000 habitants donne un meilleur aperçu de la disponibilité de la main-d'œuvre puisque ces chiffres font état du nombre réel de

Figure 4 : **Nombre d'IA actifs dans le domaine infirmier, selon la situation d'emploi, Canada, 1997-2005**



Source : Institut canadien d'information sur la santé, diverses publications : Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des infirmières psychiatriques autorisés au Canada.

personnes offrant des services à une certaine portion de la population. La Figure 4 illustre les tendances d'embauche des IA pour 100 000 habitants, selon la situation d'emploi (temps plein et temps partiel), selon le nombre d'emplois occasionnels et selon le nombre d'ETP (pour 100 000 habitants) de 1997 à 2005[7]. Il va de soi que le nombre d'infirmières et infirmiers (calcul des personnes) ne constitue pas un bon indicateur de la disponibilité de la main-d'œuvre car les infirmières et infirmiers ne travaillent pas tous le même nombre d'heures. De fait, près de la moitié de l'effectif total d'IA travaille à temps partiel. La Figure 4 indique aussi que le nombre total de postes d'IA à temps plein et partiel pour 100 000 habitants est resté à peu près stable au cours de cette période, alors qu'on a observé une légère tendance à la baisse du nombre total d'IA avec des emplois occasionnels.

Un effectif infirmier vieillissant

Le vieillissement de l'effectif infirmier affecte également la disponibilité en raison du nombre accru d'infirmières et d'infirmiers plus âgés qui prennent leur retraite ou qui réduisent leurs heures de travail tout en restant actifs sur le marché du travail. Selon un rapport de 2006 de l'ICIS, l'âge moyen des infirmières et infirmiers était de 44,6 ans en 2004. Cette même année, 36 % de l'effectif des IA avaient 50 ans ou plus, y compris près de 7 % âgés de 60 ans ou plus[2].

Selon une étude de l'ICIS, le nombre d'IA prêts à travailler a augmenté de 3,4 % (de 254 751 à 263 356)[2] entre 2000 et 2004. Ces données tiennent compte des IA qui travaillent dans le secteur infirmier, des IA sans emploi et des IA qui n'ont pas précisé leur situation d'emploi. Pour sa part, la population canadienne a augmenté de 4 % environ au cours de cette même période, passant de 30,7 millions d'habitants à 32,0 millions d'habitants.

Somme toute, il est clair qu'au cours des prochaines années, une bonne proportion d'IA prendront leur retraite ou travailleront moins d'heures. À moins qu'un grand nombre d'IA envahissent le marché du travail, l'effectif infirmier canadien ne suffira pas à répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante.

Conditions de travail et disponibilité de la main-d'œuvre infirmière

Selon une étude[8], la pénurie de personnel infirmier tient aussi aux mauvaises conditions de travail qui incitent les infirmières et infirmiers plus âgés à abandonner la profession tout en décourageant de plus en plus la relève infirmière à se lancer dans le métier. L'étude soulignait la nécessité d'équilibrer la demande de services infirmiers et les ressources infirmières pour garantir une certaine prévisibilité en milieu de travail. L'étude révèle également ce qui suit :

- la pénurie de personnel infirmier au Canada résulte, du moins en partie, d'un environnement professionnel qui pousse jusqu'à l'épuisement le personnel infirmier d'expérience et qui décourage les nouvelles recrues d'embrasser la profession;
- les infirmières et infirmiers très stressés et exposés aux blessures ont des taux d'absentéisme et d'invalidité plus élevés que les membres de toute autre profession;
- même si une charge de travail accrue augmente la productivité à court terme, elle engendre des coûts à long terme puisque le stress et la maladie affectent le jugement et réduisent la productivité des infirmières et infirmiers.

Figure 5 : **Cycle de pénurie affectant la disponibilité de l'effectif infirmier**

Tel que mentionné dans d'autres articles, la pratique courante qui consiste à demander aux infirmières et infirmiers de faire des heures supplémentaires plutôt que de combler les postes vacants ou d'en créer de nouveaux tend à exacerber la situation.

La Figure 5 illustre le cycle qui aggrave la pénurie de personnel infirmier et qui exerce des pressions additionnelles sur les infirmières et infirmiers au travail. Ce phénomène mine les soins et complique la planification, imposant ainsi des coûts considérables au système de soins de santé et affectant la qualité des soins aux patients.

Dans une certaine mesure, les conditions de travail sont endogènes[4]. Cela signifie que si le nombre total de patients ne change pas, toutes choses égales par ailleurs, la réduction du taux de dotation

Tableau 1 : **Taux d'abandon des IA, selon la situation d'emploi, Canada, 2003-2004**

Situation d'emploi des IA	Nombre d'IA embauchés	Taux d'abandon (%)
Temps plein	124 147	3,3
Temps partiel	77 380	3,3
Emploi occasionnel	25 468	7,3
Inconnu	14 347	4,0
Total	**241 342**	**3,7**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2006[2].

du personnel infirmier aura pour effet d'alourdir la charge de travail de chaque infirmière et infirmier et de détériorer les conditions de travail. Cette situation poussera de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers à quitter le domaine infirmier, décimant encore plus les taux de dotation.

Recrutement et maintien en poste

Le recrutement et le maintien en poste constituent aussi des facteurs clés de disponibilité de l'effectif infirmier. Selon un rapport de l'ICIS publié en 2006[2], près de sept IA sur cent, en moyenne, quittent les rangs de la profession chaque année. Ce taux d'abandon varie d'un endroit à l'autre, passant de 1,4 % au Manitoba à 6,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard, alors qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, il dépasse 13 %. Tel qu'illustré au Tableau 1[2], les taux d'abandon varient aussi selon la situation d'emploi. Par ailleurs, le fait de quitter une compétence pour une autre ne signifie pas pour autant que le système de soins infirmiers canadien a perdu un membre; les données mettent néanmoins en lumière le nombre et la proportion d'IA qui décident de ne pas renouveler leur licence l'année suivante.

Une étude[9] fait ressortir les conséquences graves du taux d'abandon des infirmières et infirmiers de mi-carrière qui, rendus à la fin de la trentaine ou de la quarantaine, ont 15 ans ou plus d'expérience. De fait, les jeunes infirmières et infirmiers comptent sur ce groupe, qui possède une riche mémoire professionnelle et institutionnelle, une solide expertise auprès des patients et une sagesse et une expérience utiles pour obtenir une aide professionnelle, des services de mentorat et un soutien.

Les données probantes confirment que la pénurie de personnel infirmier résulte d'un amalgame complexe de facteurs d'offre et de demande. La disponibilité des infirmières et infirmiers canadiens demeure tributaire des caractéristiques démographiques, des problèmes de recrutement et de maintien en poste et des conditions de travail, alors que la demande de services infirmiers spécialisés est exacerbée par le vieillissement de la population.

En bref

Les données probantes confirment que la pénurie de personnel infirmier résulte d'un amalgame complexe de facteurs d'offre et de demande. La disponibilité des infirmières et infirmiers canadiens demeure tributaire des caractéristiques démographiques, des problèmes de recrutement et de maintien en poste et des conditions de travail, alors que la demande de services infirmiers spécialisés est exacerbée par le vieillissement de la population. Du point de vue d'un chercheur empirique, la projection de la disponibilité future des infirmières et infirmiers est compliquée puisque plusieurs problèmes d'entrée et de sortie dépendent des conditions de travail. Ces conditions de travail détermineront, dans une large mesure, l'attrait que la profession infirmière pourra exercer sur les personnes et leur propension à rester en poste. Elles constituent, de ce fait, un élément intégral du défi à relever pour éliminer la pénurie de personnel infirmier.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

Une question de sécurité des patients

Kendra Hunter *et* **Isabel Giardino**,
Division de la qualité des soins, de la technologie et des produits pharmaceutiques, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Depuis dix ans, la recherche met l'accent sur plusieurs aspects des conditions de travail des infirmières et infirmiers et leurs effets sur la sécurité des patients. Les résultats ont démontré de l'alourdissement des charges de travail, le prolongement des heures de travail et le taux croissant d'insatisfaction au travail affectent grandement la qualité des résultats observés chez les patients. Cet article s'attarde à la recherche et souligne combien il importe d'encourager une communication efficace entre les membres du personnel infirmier et les autres membres de l'équipe des soins de santé.

Qu'est-ce qu'on entend par « sécurité des patients »?

De plus en plus, la sécurité des patients s'inscrit parmi les plus graves problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé de par le monde. Dans son rapport pionnier *To Err is Human*[1], l'Institute of Medicine estimait que jusqu'à 98 000 Américains hospitalisés mourraient chaque année par suite d'erreurs dans les soins dispensés.

Un effet indésirable est une blessure ou une complication involontaire entraînant une invalidité, un décès ou un séjour prolongé à l'hôpital, causée par la gestion des soins de santé (plutôt que par le processus morbide sous-jacent du patient)[4].

En 2004, le Canada terminait sa première étude nationale[2] sur les effets indésirables dont étaient victimes certains patients d'hôpitaux de soins aigus. Dans cette étude rétrospective, on estimait que 7,5 % des patients admis dans les établissements de soins aigus souffraient d'effets indésirables et qu'entre 9 000 et 24 000 patients mourraient chaque année des suites d'effets indésirables évitables à l'hôpital.

Ce haut taux d'erreur dans les soins de santé a attiré l'attention des décideurs et des intervenants du secteur des soins de santé. L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a vu le jour en décembre 2003[3]. Cet organisme se veut le chef de file et le point d'ancrage des efforts nationaux engagés pour améliorer la sécurité des patients et des soins aux patients, misant sur la promotion des pratiques exemplaires et sur la définition de stratégies, de cadres de travail, de normes, d'outils et de lignes directrices.

Depuis sa mise sur pied, l'ICSP a recours à une approche systémique pour améliorer la sécurité des patients, tout en délaissant la culture du blâme. Cette approche se rallie aux études sur l'erreur qui révèlent que la plupart des problèmes de qualité résultent de la complexité des systèmes et non d'un rendement faible ou incompétent ou du désir de blesser volontairement la personne.

Mais les changements à apporter pour améliorer la sécurité des patients sont aussi culturels que techniques : « Pour instaurer une culture de sécurité, il faut examiner non seulement le concept de nos tâches et procédés, mais aussi nos conditions de travail (heures, horaires et charges de travail), nos modes d'interaction et, ce qui importe le plus peut-être, notre façon de former chaque membre de l'équipe de soins de santé pour qu'il souscrive pleinement à la quête de soins plus sécuritaires aux patients »[5]. [traduction libre]

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) reconnaît l'importance d'une culture de sécurité dans le processus décisionnel d'agrément. En 2005, le CCASS publiait ses buts en matière de sécurité des patients et de pratiques organisationnelles requises qu'il regroupait sous cinq rubriques : culture; communication; utilisation des médicaments; milieu de travail; et prévention des infections. La rubrique sur le milieu de travail met l'accent sur la création de lieux de travail et d'environnements physiques propices à la prestation de soins et de services sécuritaires et se fonde sur une série de pratiques obligatoires, comme la dispensation à tous les membres du personnel (au moins une fois par année) de cours ou de formation sur la sécurité des patients et des clients[6].

L'approche systémique axée sur la réduction des erreurs reconnaît clairement l'effet des conditions de travail sur la sécurité des patients.

Conditions de travail et sécurité des patients

Au cours de la dernière décennie, les études canadiennes et internationales se sont intéressées à plusieurs aspects des conditions de travail des infirmières et infirmiers, y compris leurs incidences sur la sécurité des patients. Prenant en compte les défis cernés dans des articles antérieurs, on a constaté que la charge de travail accrue, les périodes de travail prolongées et les heures supplémentaires, le niveau de scolarité et l'expérience de travail affectent beaucoup les résultats des patients.

Charge de travail accrue

Une étude révèle que chaque fois qu'un patient s'ajoute à la charge de travail d'une infirmière ou d'un infirmier, le taux de non-sauvetage augmente de 7 % en moyenne[7]. Si la charge de travail d'une infirmière ou d'un infirmier passe de quatre à six patients, la probabilité que le patient décède s'accroît de 14 %. Par contre, on a établi des liens entre les taux de dotation plus élevés d'une part, et une meilleure qualité de soins et des effets améliorés chez le patient d'autre part[8]. La recherche a établi des rapports entre les faibles ratios de personnel infirmier par rapport aux patients et les complications et les résultats pour les patients[8], les taux accrus de mortalité et de non-sauvetage chez les patients chirurgicaux[9] de même que l'épuisement professionnel et le mécontentement du personnel infirmer face au travail[9].

Périodes de travail prolongées et heures supplémentaires

Le danger d'erreur s'aggrave quand le quart de travail de l'infirmière ou de l'infirmier excède la période normale de 12 heures, quand la personne fait des heures supplémentaires ou travaille plus de 40 heures par semaine. En outre, lorsqu'une infirmière ou un infirmer fait des heures supplémentaires, cette personne tend plus à commettre au moins une erreur, quelle que soit la durée du quart de travail initialement prévue[7].

Composition du personnel infirmier

Plus grande est la proportion de personnel infirmier professionnel affecté à une unité de santé ou à un hôpital, moins il y a d'effets indésirables déclarés. Les résultats d'une étude menée dans les hôpitaux universitaires ontariens révèle que l'incidence d'erreurs dans l'administration des médicaments et le taux d'infection des blessures est inversement proportionnelle au nombre d'infirmières et infirmiers professionnels en poste[10]. On a observé une nette corrélation entre le nombre accru d'heures de soins infirmiers dispensés par des infirmières et infirmiers autorisés (IA), la qualité accrue des soins aux patients hospitalisés[11] et la réduction des effets indésirables, comme les chutes[12].

Une étude semblable effectuée par l'American Nurses Association révèle que plus le taux de dotation en personnel infirmier professionnel est élevé, plus la durée des séjours hospitaliers est courte et moins il y a d'événements indésirables, y compris des plaies de pression, des pneumonies, des infections urinaires et des infections post-opératoires[13]. Quoique certaines études fassent l'association entre un ratio d'IA plus élevé et un taux de mortalité plus faible, les résultats s'avèrent contradictoires[14].

Expérience de travail et niveau de scolarité

On note aussi un rapport entre le taux de scolarité et l'expérience de travail, d'une part, et la qualité des résultats pour les patients, d'autre part. Plusieurs études révèlent que les infirmières et infirmiers avec un baccalauréat s'ont plus à même de régler des problèmes, à communiquer efficacement, à accomplir des tâches complexes et à adopter des comportements essentiels à la sécurité accrue des patients. En outre, les taux de mortalité des patients sont plus faibles dans les hôpitaux qui embauchent plus d'infirmières et infirmiers avec un baccalauréat[15].

Plus le personnel infirmier a de l'expérience, moins les patients risquent de subir des effets indésirables. Une étude canadienne conclut que plus les années d'expérience sont nombreuses, plus le taux de mortalité des patients diminue[16].

Influence du milieu de travail sur l'état des patients

La solution—une communication efficace

On constate depuis quelque temps que le facteur qui affecte le plus la qualité des soins aux patients est l'efficacité de la communication entre les infirmières et infirmiers et les autres membres de l'équipe de soins de santé. Les auteurs d'une grande étude américaine portant sur près de 3 000 hôpitaux effectuée entre 1995 et 2004 ont conclu que le manque de communication entre les membres d'une équipe de soins constituait la cause première d'événements indésirables graves ou d'événements sentinelles dans 60 % des cas, la cause la plus courante étant le manque de communication sur l'état du patient pendant son transfert d'une équipe de soignants à l'autre[17].

Un événement sentinelle (aussi appelé « événement critique », « effet indésirable grave » ou « occurrence clinique grave ») est un incident qui cause un grave dommage au patient (perte de vie, de membre ou d'organe vital), ou qui pose un important risque de dommage. On juge qu'un incident constitue un événement sentinelle lorsque, de toute évidence, un examen et une intervention s'imposent immédiatement[18].

Il existe des liens positifs entre l'autonomie du personnel infirmier, une meilleure communication entre les membres de l'équipe, la qualité des soins et la satisfaction accrue au travail[19]. Misant sur une communication et des interventions de qualité, ainsi que sur une bonne coordination entre les fournisseurs de soins de santé, les membres de l'équipe peuvent rehausser la qualité des soins[20,21] tout en améliorant les résultats pour les patients[22,23].

Collaboration

La collaboration entre les membres de l'équipe de soins demeure un élément clé des efforts investis pour offrir des services de qualité aux patients[24]. Les rapports coopératifs entre le personnel infirmier et les médecins ont une incidence positive sur les décisions des infirmières et infirmiers quant aux soins dispensés[25] et atténuent le risque de séquelles néfastes comme la réadmission ou le décès des patients[26,27]. Le séjour des patients tend à s'écourter et la qualité technique des soins[28] à s'accroître quand on observe des interactions efficaces et une aptitude éprouvée à communiquer et à résoudre les conflits.

Plus l'état du patient et les soins à dispenser sont complexes, plus la collaboration prend de l'importance[29]. Les hôpitaux dont les patients chirurgicaux affichent le moins d'événements indésirables sont ceux qui ont recours au plus de méthodes de coordination variées[30]. Dans ces hôpitaux, la qualité perçue des soins est supérieure, le taux de morbidité plus faible, les séjours plus courts et les événements indésirables moins fréquents.

Autres facteurs

Un solide leadership en matière de services infirmiers améliore les résultats pour les patients puisqu'il permet au personnel d'accroître son expertise et crée un milieu de travail plus stable[31]. Une étude sur les foyers de soins infirmiers révèle que plus la directrice ou le directeur d'un établissement reste longtemps en poste, moins on a recours aux techniques de contrainte et moins il y a complications liées à l'immobilité[32].

Puisque les soins médicaux doivent être dispensés 24 heures sur 24, l'horaire des fournisseurs de soins de santé doit être organisé en quarts de travail. La période de transition entre deux quarts de travail, c'est-à-dire le moment où l'équipe de soignants quittant les lieux doit fournir des renseignements et confier d'importantes tâches à l'équipe arrivant sur les lieux, a une importance cruciale. Les études sur le moment de transition d'une équipe à l'autre dans les ailes de médicine interne révèlent que les erreurs de médication résultent souvent de pratiques fautives au moment du transfert; d'autres études indiquent toutefois que ces périodes de transition permettent parfois de corriger une situation et de contrer d'éventuels problèmes[33]. Selon une étude menée sur une année dans cinq salles d'urgence au Canada et aux États-Unis, les transitions donnent parfois l'occasion au personnel de réévaluer l'état du patient par suite des questions soulevées par le personnel soignant qui entre en poste[34].

De nouvelles initiatives qui augmentent la sécurité des patients

Même si la sécurité des patients pose toujours des défis au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé, les changements systémiques ont grandement amélioré les conditions de travail des infirmières et infirmiers et la qualité des résultats pour les patients. Tel que mentionné plus haut, en rendant le personnel infirmier plus autonome et en augmentant les niveaux de dotation, on a réussi à réduire le nombre d'événements indésirables et le taux de mortalité des patients.

Deux rapports récents de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé[15,35] ont évalué les études sur la dotation du personnel infirmier et la sécurité des patients et formulé plusieurs recommandations dont l'une qui précise que les infirmières et infirmiers qui dispensent des soins aux patients devraient être hautement scolarisés, réglementés et expérimentés. Les auteurs recommandent aussi l'adoption d'une définition normalisée de la dotation en personnel infirmier servant à comparer les résultats des

Sécurité des patients dans d'autres secteurs

Les études sur la sécurité des patients ont surtout mis l'accent sur les hôpitaux de soins actifs et peu d'entre elles ont examiné d'autres milieux de soins de santé, comme les soins à domicile, les soins communautaires et les soins de longue durée. Le personnel infirmier offrent pourtant des soins aux patients dans toutes sortes d'endroits où l'on dispense des soins de santé, à savoir les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers, les cliniques médicales, les bureaux de médecins, les centres de santé communautaire, les domiciles privés, les postes de services infirmiers, les écoles et les lieux de travail. Les nouvelles données probantes révèlent que chaque milieu de soins est aux prises avec des problèmes de sécurité particuliers. C'est le cas des soins à domicile, par exemple[36], où :

1. l'environnement est moins contrôlé que dans un établissement et une grande partie des soins sont offerts par des travailleurs non autorisés, des membres de la famille et des aidants naturels dans des milieux de vie conçus pour encadrer la vie quotidienne plutôt que pour la prestation de soins de santé;
2. les clients, les familles, les aidants naturels et les fournisseurs de soins ont des fonctions interreliées et sont tous partie prenante de l'équation de sécurité du patient;
3. les questions de communication et de coordination sont problématiques à l'échelle des secteurs de service, des fournisseurs de services, des aidants naturels, des familles et des clients;
4. le recours aux technologies de soins de santé pose des défis dans des contextes de soins à domicile non contrôlés et non réglementés.

études et à enrichir la base de données probantes aux fins d'élaboration des politiques et de la pratique[35].

Plusieurs initiatives récentes intégrant les infirmières et infirmiers aux équipes multidisciplinaires ont donné lieu à des améliorations marquantes. Lancée en avril 2005, la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » a grandement contribué au succès des efforts mis en place pour améliorer la sécurité des patients au Canada[37]. Cette campagne engageait la participation de plus de 170 organismes, y compris des hôpitaux, des districts de santé et plus de 544 équipes cliniques. Elle visait à améliorer la prestation des soins de santé en mettant l'accent sur la sécurité des patients et en revendiquant en faveur d'une coopération accrue entre tous les fournisseurs de soins de santé.

Plusieurs hôpitaux canadiens se servent maintenant de l'outil de communication SAER (situation, antécédents, évaluation, recommandation)[38]. Il s'agit d'une série de questions incitatives standardisées qui favorisent la transmission de renseignements clairs, uniformes, pertinents et ciblés entre divers professionnels de la santé[39].

Un groupe d'hôpitaux canadiens de la région de Hamilton participait récemment à une initiative pilote pour améliorer la communication aux périodes de transition entre les quarts de travail. Prenant en compte les préoccupations des infirmières et infirmiers, on a adopté et mis sur pied, dans tout l'hôpital, une directive sur le transfert des responsabilités fondée sur les données probantes, de même qu'une liste de contrôle sur la sécurité au chevet des patients[40]. L'approche normalisée face aux transitions de personnel améliore l'efficacité et la bonne coordination des membres du personnel d'un quart de travail à l'autre et permet de communiquer en détail les besoins du patient.

En outre, la technologie joue un rôle clé dans la sécurité accrue des patients. À titre d'exemple, certains centres canadiens s'affairent à combiner les simulations et les services de télésanté pour offrir un contexte de travail sécuritaire aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent pratiquer des interventions médicales et s'occuper de cas complexes[41,42]. Ces simulations permettent au personnel infirmier, aux médecins et aux autres professionnels de la santé d'acquérir de l'expérience en traitement et en gestion des urgences, des imprévus et des situations difficiles, tout en améliorant le travail d'équipe, les techniques de communication et la gestion des ressources. La composante de télésanté facilite l'apprentissage à distance des professionnels.

Les infirmières et infirmiers sont les fournisseurs de soins de santé auprès desquels les Canadiens tendent à passer le plus de temps aux moments les plus vulnérables. Puisqu'ils assurent les services de première ligne dans de nombreux établissements de soins de santé (voir l'encadré), les infirmières et infirmiers militent depuis toujours en faveur de soins de qualité. Alors que les problèmes de sécurité des patients préoccupent davantage les systèmes de soins de santé nationaux et internationaux, les infirmières et infirmiers se retrouvent au premier rang des campagnes et initiatives engagées pour garantir aux patients des soins sécuritaires et de haute qualité.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

Recherche sur l'utilisation de la connaissance :

Comment améliorer les conditions de travail du personnel infirmier?

Glenn Irwin, *Ph.D.*, **Marie-Josée Therrien**, **Tiffany Thornton**, **Julie Creasey** *et* **Melissa Thornton**, *tous de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

Les auteurs aimeraient souligner la contribution de **Margaret Fitch**, *IA, Ph.D.*, **Lesley Frank**, *M.A.*, **John N. Lavis**, *MD, Ph.D.*, **Michael Leiter**, *Ph.D.*, **Marlene Smadu**, *IA, Ed.D., et* **Ellen Rukholm**, *IA, Ph.D.*

Au cours des dernières années, plusieurs rapports clés ont formulé des recommandations sur l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels de la santé. On connaît cependant peu de choses sur la façon dont ces rapports sont pris en compte et utilisés. Cet article présente les conclusions de cinq projets de recherche sur l'utilisation des connaissances et offre une réflexion sur le rôle possible des rapports dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier.

Susciter l'engagement de la collectivité des chercheurs

En 2002, une consultation auprès des cadres supérieurs effectuée à l'échelle du ministère par le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada a ciblé la recherche sur l'utilisation de rapports sur la qualité des milieux de travail des professionnels de la santé comme un domaine prioritaire ignoré par d'autres bailleurs de fonds.

Alors qu'un nombre grandissant de rapports sur la qualité des milieux de travail dans le domaine des soins de santé émettent des recommandations pour améliorer les conditions de travail et le système de soins de santé, on a besoin de données probantes sur la prise en compte de ces rapports et sur leurs effets. Afin d'établir si l'information, les recommandations et les stratégies des rapports ont servi à améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins de santé et de quelle façon, le PRPS a lancé un appel de demandes en mars 2003. Le but global de la recherche consistait à étudier l'impact des rapports sur la création de milieux de travail plus sains pour les professionnels de la santé canadiens. Les objectifs spécifiques de la recherche étaient les suivants :

- étudier la dissémination de rapports clés;
- vérifier si les rapports étaient pris en compte et évaluer de quelle façon;
- enquêter sur la mise en oeuvre des recommandations des rapports;
- déterminer les barrières et/ou facilitateurs, tant pour la mise en œuvre des recommandations que pour la création de milieux de travail sains pour les professionnels de la santé.

Cinq applications de politiques ont réussi le test de l'analyse de la pertinence stratégique et l'examen scientifique par les pairs. Les projets financés abordaient les objectifs de recherche à partir de perspectives diverses suivant une variété de méthodes, dont les enquêtes, les groupes de consultation et les études de cas.

Certains chercheurs ont englobé d'autres rapports dans leur recherche, mais les cinq projets sont axés sur quatre rapports clés sur les ressources humaines en santé :

- *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System* (2001)[1]
- *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé* (2002)[2]
- *Notre santé, notre avenir—Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* (2002)[3]
- *La planification des ressources humaines en santé au Canada—Les enjeux des professions médicale et infirmière* (2002)[4]

Pleins feux sur les recherches

Les résultats des cinq projets ont paru à l'été et à l'automne 2006. Répondant à l'intention originale de la demande d'applications, les chercheurs ont analysé les rapports en portant une attention particulière au transfert de connaissance et à la mise en œuvre des recommandations pour l'amélioration des conditions de travail de tous les professionnels de la santé. Les résultats des projets ont aussi permis de comprendre les conditions de travail actuelles du personnel infirmier ainsi que les facteurs brident ou favorisent le changement. Les conclusions ci-dessous sont axées sur les éléments suivants. Des informations détaillées sur les projets sont affichés sur le site de Santé Canada à : <http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/results-resultats/proj015_f.html>.

Rapports sur les ressources humaines en santé étudiés : Pleins feux sur les recommandations

Les quatre principaux rapports comportaient plusieurs recommandations :

Promouvoir des milieux de travail qui valorisent les employés, appuient le leadership, reconnaissent l'ancienneté et récompensent les efforts et les réalisations.

Financer la formation continue et le développement professionnel et encourager l'apprentissage en milieu de travail.

Promouvoir la santé et la sécurité en milieu de travail (c.-à-d., fournir l'équipement adéquat, mettre en œuvre des politiques de prévention de la violence et des abus).

Veiller aux questions qui préoccupent le personnel (c.-à-d., offrir des salaires concurrentiels, pourvoir à la mixité des statuts à temps plein ou temps partiel, mettre en place une stratégie de ressources humaines en santé intégrée).

Veiller à l'attribution de charges de travail raisonnables (c.-à-d., employer le personnel de soutien qui permet d'assister le personnel infirmier, réduire les tâches autres qu'infirmières).

Effectuer un suivi permanent (c.-à-d., prévoir les demandes en ressources humaines en santé, l'état de santé du personnel infirmier, les dépenses).

Veiller aux questions de qualité de vie (c.-à-d., flexibilité des horaires, services de garde d'enfants).

Données probantes venant des responsables des politiques et des chercheurs

Les conclusions d'un projet intitulé *The Supply, Distribution and Working Context of Health Professionals: Why Do Things (Almost) Never Change?* réalisé par John N. Lavis de l'université McMaster[5] soulignent quelques points de vue similaires parmi les chercheurs et responsables de l'élaboration de politiques. Une large proportion de ces deux groupes, par exemple, estime que les organismes de recherche, les chercheurs et les responsables des politiques sont conjointement responsables de l'application des connaissances. Cependant, leurs points de vue divergent quant au fait que les larges défis posés par les relations intergouvernementales bloquent ou non l'élaboration des politiques relatives aux ressources humaines en santé. En effet, la plupart des chercheurs pensent que c'est le cas alors que les responsables de l'élaboration des politiques sont d'avis contraire. Mais c'est le seul point de divergence puisque tous reconnaissent l'influence d'autres facteurs sur l'élaboration de politiques relatives aux ressources humaines en santé.

Études de cas

Parmi les quatre études de cas effectuées dans le cadre des projets, deux sont directement liées aux soins infirmiers :

- le manque initial d'attention à l'environnement de travail des infirmières et infirmiers au cours de la période de restructuration et de restriction des effectifs dans les hôpitaux de l'Ontario et la mise sur pied du groupe de travail sur les soins infirmiers;
- la décision d'injecter des fonds publics pour les infirmières praticiennes à Terre-Neuve-et-Labrador pour corriger (en partie du moins) une répartition inadéquate des médecins.

Ces études démontrent qu'une plus grande application des connaissances a aidé à orienter l'attention politique sur l'environnement de travail du personnel infirmier. Cela a aussi rendu les réseaux stratégiques autrefois limités au personnel de direction en soins de santé et à l'administration gouvernementale plus accessibles à une gamme élargie d'acteurs sociaux. Cet engagement accru a permis de nouveaux choix stratégiques.

Données probantes sur le « terrain »

Tandis que les travaux de Lavis portaient sur l'application du savoir et sur son influence sur les politiques de ressources humaines en santé, le projet *Nursing Environments: Knowledge to Action* (NEKTA), réalisé par Michael Leiter de l'Université Acadia, a analysé la prise en compte des connaissances dans ce domaine dans les provinces de l'Atlantique canadien[6]. Les résultats de Leiter démontrent une faible transmission des informations contenues dans les rapports. Bien peu de membres du personnel infirmier de première ligne connaissaient l'existence des rapports—à l'exception du rapport Romanow hautement publicisé dans les médias[7]. Cependant, les intervenants en soins de la santé et les planificateurs des ressources humaines en santé au gouvernement, les syndicats, les associations professionnelles, de même que les administrateurs des organisations en soins de santé utilisaient ces rapports de différentes façons, y compris en tant que sources d'information et outils de lobbying. Parallèlement à l'analyse du transfert et de l'utilisation des connaissances, le projet NEKTA a aussi fait ressortir quelques facteurs qui facilitent ou entravent la transmission et l'utilisation de l'information, soit la longueur et la lisibilité du rapport; les modes de dissémination; les rôles et charges de travail;

l'influence du disséminateur; l'acceptation dans les cercles de soins infirmiers et la quantité des ressources humaines et financières affectées à la diffusion des rapports.

Indices de changement positif

En dépit des obstacles à la transmission et à l'utilisation de l'information et du peu de familiarité avec les rapports, le projet NEKTA a démontré que les questions soulevées par les rapports à l'étude étaient des sujets de discussion et d'action dans toute la région concernée. À ce titre, l'étude rapporte des changements positifs dans les environnements où le personnel infirmier exerce au Canada Atlantique et ces changements gagnent du terrain au moment où les gouvernements, les écoles et les leaders de la profession infirmière s'attaquent aux besoins en main d'œuvre et à la qualité de vie au travail.

Les chercheurs ont mesuré les changements dans les environnements infirmiers suivant sept domaines clés :

1. **Bassin de main-d'œuvre** (stratégies des ressources humaines en santé, éducation, nombre d'infirmières et infirmiers en emploi, recrutement, maintien en poste);
2. **Charge de travail** (allégement de la charge de travail, ratio entre le personnel infirmier et les patients, personnel de soutien, équipement);
3. **Heures de travail** (statut d'emploi, horaires, heures supplémentaires);
4. **Travail et santé** (culture institutionnelle saine, santé des infirmières et infirmiers);
5. **Leadership en soins de santé** (participation du personnel infirmier à la gouvernance, portée des responsabilités du personnel infirmier en gestion, planification de la relève, appui aux gestionnaires);
6. **Portée de la pratique** (maximisation de la portée de la pratique, réexamen de la portée de la pratique);
7. **Systèmes d'information** (systèmes d'information intégrés sur les ressources humaines, évaluation de la charge de travail, autres systèmes en vigueur en milieu de travail comme les registres de santé électroniques).

Un changement positif est survenu dans la planification de la main-d'œuvre, le leadership, la portée de la pratique et les systèmes d'information. Les succès sont aussi manifestes dans les stratégies provinciales en matière de soins infirmiers, les retraites progressives, l'éducation permanente, les nouvelles places au niveau des programmes universitaires de sciences infirmières, la conversion des postes occasionnels en postes à temps plein et des milieux de travail davantage centrés sur la santé (voir l'encadré ci-dessous).

Défis chroniques

On observe peu de changement dans d'autres domaines, comme la qualité de vie au travail. Les participants étaient découragés par la lenteur des progrès et ceci était particulièrement apparent au niveau du personnel infirmier, des gestionnaires et des administrateurs confrontés aux lourdes charges de travail, aux pénuries d'effectif et aux problèmes de maintien en poste du personnel. Le projet NEKTA souligne, par exemple, la question de l'épuisement professionnel chez les infirmières et infirmiers. La Figure 1 indique comment le personnel infirmier du Canada Atlantique se classe sur le plan de l'*énergie et de l'efficacité*, marquant la fatigue et la faible confiance en leur travail. Les infirmières et infirmiers affichent un résultat négatif dans cinq domaines de vie au travail qui peuvent contribuer à l'épuisement professionnel (voir la Figure 2) : *charge de travail* raisonnable (les demandes sont raisonnables dans le temps imparti et avec les ressources et l'énergie disponibles), *contrôle* (participation aux prises de décisions et l'autonomie personnelle), *récompense* (possibilité de reconnaissance et de travail satisfaisant), *équité* (respect, équité et justice sociale) et congruence des *valeurs* (entre les valeurs individuelles et organisationnelles). Le seul domaine affichant des résultats positifs est celui de la *collectivité* (le milieu social de travail, y compris l'appui et les conflits interpersonnels), mais ces résultats ne sont pas significatifs.

Éléments probants à l'égard des obstacles et des facilitateurs

La recherche réalisée par Marlene Smadu de l'université de Saskatchewan intitulée *Promoting High Quality Health Care Workplaces: Learning from Saskatchewan* était axée

Changements positifs observés dans le cadre du projet NEKTA

Mise sur pied de projets de formation étudiante (tels que les programmes favorisant le retour au travail du personnel infirmier en Nouvelle-Écosse et le programme d'incitation aux études en sciences infirmières pour les étudiants des régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador).

Plus de personnel infirmier au travail—à l'heure actuelle, on note un accroissement global du nombre d'infirmières et infirmiers enregistrés (IA) de 2003 à 2004 dans les quatre provinces de l'Atlantique.

Instauration d'équipes volantes à travers le Canada Atlantique diversifie l'offre d'emploi et crée plus de postes permanents.

Figure 1 : **Épuisement professionnel/Profil d'engagement**

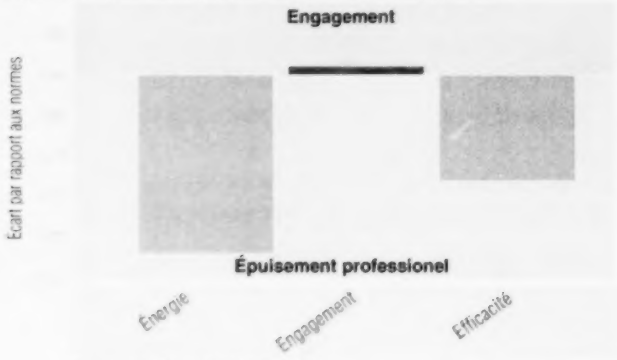
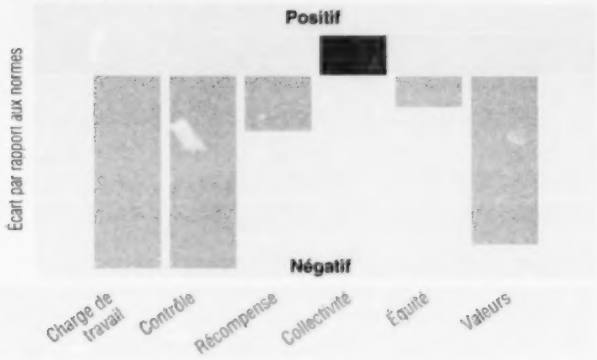


Figure 2 : **Profil de la vie au travail**



Source pour les Figures 1 et 2 : Leiter, 2006[6].

sur les facteurs qui favorisent ou défavorisent l'application des connaissances[8]. Son rapport conclut que les participants à l'étude ignoraient l'existence de documents stratégiques particuliers qu'on leur mentionnait. Cependant, une communication efficace était vue comme un facteur critique menant à la création de milieux de travail de haute qualité et apte à assurer leur viabilité. On note d'autres facteurs favorables, comme la reconnaissance des employés, le respect et la confiance et l'équipe de travail. Les contraintes budgétaires étaient été considérées comme un obstacle prépondérant, les travailleurs de première ligne notant que les décisions viennent des paliers supérieurs sans consultation ou presque. Le moral des employés, la charge de travail et le *Health Information Protection Act*, perçu comme ayant un effet négatif sur l'équipe de travail et la communication, sont également perçus comme des obstacles.

Le rapport recommande le recours à des programmes de leadership et à des stratégies de communication et de gestion du changement pour instaurer des milieux de soins de santé de haute qualité. Afin d'améliorer le transfert des connaissances et la prise de décision fondée sur les données probantes, les recommandations sont axées sur la dissémination des connaissances à des audience ciblées, l'utilisation de précédés de délibération permettant des interactions face à face entre différents paliers de décideurs et le recours à des réseaux d'utilisation des connaissances. Les recommandations suggèrent également la mise en place de mécanismes traditionnellement considérés comme plus personnels ou conversationnels, tels que les blogues, pages Web, procès-verbaux de rencontres ou infolettres.

Éléments probants dans une perspective régionale

Dans son rapport *Knowledge Utilization: Creating Quality Northern Rural Workplaces*[9] Ellen Rukholm de l'Université Laurentienne met en lumière une région canadienne spécifique. Elle démontre que les gestionnaires intermédiaires et supérieurs ont peu ou pas connaissance des rapports et que ceux-ci ne leur sont pas distribués adéquatement. M[me] Rukholm fait état de plusieurs obstacles à la mise en œuvre, dont le manque de pertinence, l'insuffisance des ressources et la concurrence des priorités. Son projet comprend des suggestions pour l'élaboration de politiques et de procédures favorables à une mise en œuvre qui : 1) serait transférable aux établissements nordiques; 2) faciliterait l'accès aux possibilités brimées par la distance; 3) développerait des capacités; 4) favoriserait le partage des ressources; 5) créerait des liens avec les réseaux locaux; 6) appuierait les normes d'accréditation; 7) inclurait un volet d'évaluation et 8) exposerait les attentes des leaders.

Réduction du nombre d'heures supplémentaires à certains endroits suivant la création de postes permanents.

Programmes d'assainissement des milieux de travail prévus dans les plans stratégiques des six sites de collecte de données.

Embauche de coordonnateurs ou service de milieux de travail sains dans certains districts de santé.

Appui aux gestionnaires de premières ligne, mettant sur la formation, les conférences sur le leadership et d'autres modes de perfectionnement.

Éléments probants dans le domaine de l'oncologie

Margaret Fitch du Sunnybrook Health Sciences Centre se penche sur un domaine de soins infirmier particulier dans *Canada's Experience Translating Workplace Knowledge in Cancer Settings*[10]. Les statistiques sur le cancer révèlent une croissance régulière quant à son incidence et un bond quant au traitement des maladies chroniques. Ceci a de graves incidences pour les charges de travail, à tel point qu'on peut s'attendre à ce qu'une partie substantielle de la demande future pour les services de soins infirmiers vienne du domaine de l'oncologie.

La connaissance des rapports stratégiques dans les cadres de soins en oncologie était plus faible que prévu chez les décideurs supérieurs, instigateurs majeurs de changement, chez les gestionnaires et chez le personnel infirmier. La plupart de ceux qui connaissent ces rapports stratégiques utilisent cette information pour valider leurs idées ou renforcer un projet en place. Le principal obstacle perçu à l'utilisation des rapports est d'origine organisationnel (p. ex., les contraintes et le manque d'infrastructures organisationnelles).

Les chercheurs ont observé plusieurs changements pour améliorer les conditions du milieu de travail pour le personnel infirmier dans les milieux oncologiques, comme des initiatives pour résoudre les questions du recrutement et de maintien en poste, l'augmentation du soutien clinique, le perfectionnement professionnel et la reconnaissance de l'importance de la santé et du bien-être. Cependant, les rapports ont été peu consultés directement pour cerner, planifier ou mettre en place des projets et on a effectué peu d'évaluations systématiques en vue d'évaluer les améliorations du milieu de travail pour le personnel infirmier en oncologie. Les répondants ont néanmoins déterminé plusieurs facteurs de succès, dont une collaboration accrue, l'engagement, la clarté des résultats attendus, la responsabilisation face au partage des connaissances et au potentiel de viabilité.

Rôle des rapports

Dans l'ensemble, que révèlent ces projets de recherche quant à l'utilité des rapports sur les conditions de travail du personnel infirmier? Quels rôles peuvent jouer ces rapports? Comment pourrait-on les rendre plus efficaces? De quoi avons-nous besoin pour améliorer les conditions de travail du personnel infirmier?

Prendre en compte les éléments probants de changement positif émergents

De façon concrète, les conditions de travail des infirmières et infirmiers sont déterminées par les environnements physiques, institutionnels et sociaux immédiats au sein desquels ils évoluent. La responsabilité des conditions de travail incombe aux superviseurs de première ligne et aux administrateurs locaux. Mais d'après les recherches résumées ci-dessus, c'est eux qui ont le moins tendance à être au courant des rapports visant à améliorer les conditions de travail du personnel infirmier. Comme le démontrent Leiter et Fitch[6,10], on a observé des améliorations dans des domaines traités dans les rapports. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les rapports sont à l'origine des changements apportés. Dans certains cas, ils peuvent avoir favorisé la discussion, source de nouvelles idées et méthodes au service des superviseurs de première ligne et des administrateurs, ou ils peuvent avoir modifié les contraintes propres au milieu de travail.

Soulever la question

Les rapports ont certainement eu pour effet de mettre la question des conditions de travail du personnel infirmier à l'ordre du jour politique. En raison de la responsabilité qui incombe au gouvernement de pourvoir aux soins de santé et à leur financement, de même qu'à ses activités de planification des ressources humaines en soins de santé et en éducation, il est peu probable que les conditions de travail des infirmières et infirmiers s'améliorent sans qu'on ne leur prête une attention explicite dans la planification gouvernementale et les procédés décisionnels.

Obstacles à l'amélioration des milieux de travail

Le PRPS met en lumière les obstacles au changement suivants :

Communication médiocre : L'information n'est pas toujours accessible à tous les niveaux du personnel. Les attentes ne sont pas claires, à savoir qui est responsable de la mise en œuvre du changement?

Manque d'adhésion : Le changement exige une collaboration entre une multitude d'acteurs, certains plus enclins que d'autres à accepter le changement. Il est difficile d'en arriver à un accord quant au plan d'action approprié à adopter.

Manque de ressources : L'instauration de changements exige des ressources financières et humaines, deux éléments dont on est souvent à court.

Favoriser la collaboration

Les rapports ont aussi élargi l'éventail des participants et des intérêts en cause dans les débats stratégiques sur le sujet. Ils ont pourvu les décideurs et autres dirigeants supérieurs d'éléments de preuve pour valider leurs propres idées, défier les autres, évaluer les initiatives de changement ou faire du lobbying en faveur du changement. Ainsi, les rapports ont élargi l'éventail de choix stratégiques.

Améliorer le transfert et l'utilisation

Les éléments probants des projets du PRPS ne démontrent pas que les rapports auraient pu jouer quelque autre rôle important dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier si plusieurs de ses membres, ainsi que les superviseurs de première ligne et les administrateurs locaux, en avaient pris connaissance. Il pourrait néanmoins être possible d'accroître le transfert et l'utilisation de ces connaissances. On aurait pu réduire certains défis des infirmières et infirmiers (comme le découragement face à la lenteur des changements, la qualité de vie au travail, la communication, la reconnaissance des employés et l'équipe de travail) si le personnel infirmier, les superviseurs ou les administrateurs avaient été informés des conclusions des rapports et si on leur avait donné la chance d'en discuter dans leur propre milieu de travail.

Si ces rapports ainsi que d'autres documents similaires peuvent jouer un plus grand rôle dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier, comment pourraient-ils être plus efficaces? Les projets décrits ici confirment l'importance de la dissémination de l'information par des mécanismes et dans des formats appropriés pour l'auditoire à atteindre. Leiter note, par exemple, que c'est la grande visibilité du rapport Romanow[7] dans les médias qui a permis aux parties intéressées d'en prendre connaissance. Plusieurs projets citent aussi le nombre de rapports et leur lisibilité comme des facteurs importants[8]. La recherche effectuée par Rukholm et Fitch démontre que l'inclusion de thèmes particuliers à certains segments de l'auditoire cible améliorerait peut-être la portée et l'effet de tels rapports[9,10]. En outre, Lavis note que les deux groupes formés par les chercheurs et les responsables de l'élaboration de politiques se considèrent conjointement responsables du transfert des connaissances[5]. Ainsi, la capacité institutionnelle de recevoir, d'absorber et de répondre à de tels rapports affecte leur efficacité.

Un regard vers l'avenir

Cette recherche a produit une riche source de données sur les obstacles à la mise en oeuvre des recommandations des rapports, y compris les budgets, la charge de travail, les priorités contradictoires et l'absence d'infrastructures organisationnelles. Ces facteurs sont liés à des questions comme le degré de distribution des ressources dans le système de soins de santé, la demande pour divers types de services de santé et des demandes contradictoires qui s'exercent sur le système de soins de santé et sur ses ressources organisationnelles. Alors que des questions plus larges posent ultimement quelques limites quant au possible, ce type de rapport peut aider à axer l'attention sur les conditions de travail du personnel infirmier quand les enjeux plus larges sont pris en compte.

Tel que souligné dans l'entrevue en page 3 et confirmé dans les conclusions des rapports du PRPS, les conditions de travail des infirmières et infirmiers semblent s'améliorer. Porté par cet élan favorable, le savoir émergeant sur les « facilitateurs » de transfert et d'utilisation de la connaissance stimulera l'action et aidera à rehausser les conditions de travail du personnel infirmier. En retour, ces efforts aideront à concrétiser les buts de la stratégie nationale du Canada relativement aux ressources humaines en santé. Le prochain article explique plus en détail les volets de cette stratégie.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

Objectifs contradictoires : Les objectifs politiques peuvent différer des objectifs des organismes de santé et sont sujets à des changements.

Manque de contexte : Certaines recommandations peuvent être vagues si elles ne fournissent aucune orientation menant à l'action ou si elles ne s'appliquent pas à tous les contextes.

Contraintes de temps : Les priorités immédiates (c.-à-d., crises sanitaires, négociations des conditions de travail) prennent le pas sur les buts à long terme. Les charges de travail limitent le temps disponible pour l'application des connaissances.

Robin Buckland, *IA, M.S.I.*, **Venetia Lawless** *et* **M. Ian Bowmer**, *MD, tous de la Division des stratégies des ressources humaines en santé, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

La force de la collaboration

Cet article examine les investissements récents et les efforts conjoints déployés dans le cadre de la* Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé. *Il démontre aussi en quoi le* Cadre de planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle pancanadienne *constitue un puissant levier stratégique pour améliorer les conditions de travail des fournisseurs de soins de santé du Canada.

De saines conditions de travail pour tous les fournisseurs de soins de santé

Le personnel infirmier constitue la pierre angulaire du système de soins de santé canadien et un important volet des ressources humaines en santé. De fait, il joue un rôle clé à tous les niveaux des soins de santé. Mais puisque les infirmières et infirmiers constituent une composante essentielle de l'équipe de soins de santé, les problèmes qu'ils éprouvent, y compris ceux liés aux conditions de travail, affectent le bon fonctionnement de l'équipe entière.

Les services de santé de qualité sont nécessairement tributaires d'une main-d'œuvre en santé. La promotion de saines conditions de travail pour tous les fournisseurs de soins de santé constitue un puissant levier. Mais comme l'illustre la Figure 1, les solutions doivent venir de plusieurs niveaux et favoriser la coopération entre une panoplie d'intervenants et d'acteurs.

Une influence à plusieurs niveaux

Une récente étude[1] fait ressortir de grands éléments à prendre en compte pour instaurer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur des soins de santé (voir la Figure 2). Les articles précédents ont abordé plusieurs de ces éléments (p. ex., problèmes liés aux ressources humaines, information, systèmes et structures). La Figure 2 présente d'autres éléments clés pouvant faciliter le changement. On a constaté que l'appui des superviseurs facilite la conciliation des responsabilités professionnelles et personnelles et la transparence du processus décisionnel, ce qui habilite l'effectif dans un milieu de travail sain (**leadership**). L'habilitation du personnel suppose aussi une plus grande autonomie et de meilleures pratiques en milieu de travail. Il en découle une plus grande équité au travail et une équipe de gestionnaires plus polyvalente (**relations de travail**).

Il est clair que les influences se font sentir à plusieurs nouveaux et que les occasions d'agir sont nombreuses. Même si plusieurs champs d'intervention sont bien connus, le changement suppose l'engagement de nombreuses parties intéressées. Le gouvernement fédéral, en partenariat avec les intervenants clés, joue un rôle de premier plan dans la promotion de milieux de travail sains pour les fournisseurs de soins de santé canadiens en examinant toutes les composantes de la planification des ressources humaines en santé qui affectent les conditions de travail.

Figure 1: **La force de la collaboration**

Suivi à un accord fédéral, provincial, territorial

Les fournisseurs de soins de santé du Canada font partie du paysage évolutif des soins de santé, lui-même tributaire de facteurs changeants comme le vieillissement de la population et les réformes de l'effectif et des soins de santé (p. ex., les garanties quant au temps d'attente des patients). Les ressources humaines en santé constituent le plus grand atout du système de soins de santé. De fait, l'aptitude du Canada à garantir l'accès à des services de santé efficaces, de haute qualité, sécuritaires et axés sur les patients tient à la présence d'une gamme élargie de fournisseurs de soins de santé dotés de compétences assorties et en place au bon endroit, au bon moment.

L'*Accord de 2003 sur le Renouvellement des soins de santé* signé par tous les premiers ministres du pays a donné lieu à un programme qui s'inspire des diverses consultations menées auprès des Canadiens, y compris la Commission Romanow[2]. Dans le sillon de cet Accord, la *Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé* tente d'établir et de maintenir en poste un effectif de la santé stable et optimal, tout en soutenant l'ensemble des efforts de renouvellement des soins de santé[3]. Les trois composantes de la stratégie comportent d'importants leviers stratégiques qui servent à garantir aux fournisseurs de soins de santé canadiens des conditions de travail saines. La section suivante décrit chaque composante et fait ressortir les grandes réalisations à ce jour[3,4].

Les gens qui assurent les soins, c'est-à-dire les ressources humaines en santé, sont au cœur de tout système de soins de santé.

La stratégie : Le point sur le progrès accompli

Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP)

La pratique en collaboration centrée sur le patient est une orientation de la pratique, une façon qu'ont les professionnels des soins de santé de travailler ensemble et auprès des patients.

. . . changer la façon de former les fournisseurs de services de santé pour que la population canadienne puisse mieux accéder et plus vite aux services de santé dont elle a besoin lorsqu'elle en a besoin, ce qui augmentera éventuellement la satisfaction des patients et des fournisseurs de services

L'avenir des soins de santé pourrait bien passer par une pratique en collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient[5]. Les pratiques axées sur la collaboration et le patient favorisent la participation active de chaque discipline en optimisant l'engagement du personnel dans les décisions cliniques au sein de chaque discipline et entre les disciplines, tout en inspirant le respect face aux contributions de chaque professionnel[6]. Comme l'indiquent de plus en plus clairement les données probantes, un programme axé sur la collaboration et le travail d'équipe accroît le niveau de satisfaction au travail et est à la base même d'un milieu de travail sain.

Figure 2 : **Grands thèmes à la base de milieux de soins de santé de haute qualité**

Source : Adapté de Smadu et coll., 2006[1].

La composante de FIPCCP de la stratégie appuie fortement l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration centrée sur le patient. Elle a permis d'élaborer un cadre théorique, de financer 20 projets d'apprentissage à l'échelle du Canada et d'établir le Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé[7] pour aider à déceler les pratiques prometteuses. Tous ces efforts contribuent à enrichir la base de données probantes de la FIPCCP et, par extension, à promouvoir de bonnes relations de travail et des milieux de travail sains pour les fournisseurs de soins de santé de demain. Voici un aperçu d'autres réalisations en ce sens :

- les efforts déployés pour appuyer la collaboration interprofessionnelle, misant sur la détermination des obstacles précis susceptibles d'empêcher les professionnels de la santé de travailler ensemble;
- les initiatives éducationnelles axées sur les partenariats de collaboration interprofessionnelle pour des soins centrés sur les patients et les familles.

Recrutement et maintien en poste des professionnels et fournisseurs de soins de santé

. . . inciter davantage de personnes à investir le secteur de la santé et améliorer les conditions de travail pour qu'elles y restent actives

Il existe un déséquilibre réel et persistant de la disponibilité des fournisseurs de soins de santé dans un large éventail de disciplines. La demande de services augmente alors même que la main-d'œuvre continue de vieillir; et au fur et à mesure que les milieux de travail se globalisent, le recrutement et le maintien en poste efficaces des ressources humaines en santé deviennent essentiels[4]. Il est clair que la pénurie actuelle exerce des pressions indues sur l'effectif restant. Cette composante de la Stratégie s'attaque au problème de pénurie, faisant appel à une approche à plusieurs volets.

Entre autres efforts engagés à cette fin, soulignons une campagne promotionnelle menée en partenariat avec

l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada axée sur les professions de la santé, en général, et sur le recrutement des jeunes, en particulier.

Les données probantes font ressortir l'urgence de recruter et de maintenir en poste des professionnels clés pour garantir l'accès de la population canadienne aux soins de santé.

En outre, les responsables de l'initiative sur les professionnels de la santé diplômés à l'étranger ont conclu des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour faciliter l'évaluation et l'intégration de ces professionnels au système canadien de soins de santé. Cette initiative vise, entre autres, à alléger la charge de travail de fournisseurs de soins de santé déjà surchargés de travail par le système.

L'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail (IPSMT) s'avère une composante clé du volet de recrutement et de maintien en poste de la stratégie. Les efforts engagés en ce sens militent en faveur de changements positifs et d'une définition commune de ce qui constitue un milieu de travail sain en définissant les projets novateurs qui favorisent de saines pratiques en milieu de travail.

Il s'agit avant tout d'appuyer les mesures actuelles engagées par les organismes de soins de santé pour établir et conserver des milieux de travail sains en décelant les symptômes caractéristiques de milieux de travail malsains, en mettant l'accent sur les soins de première ligne ou les services de santé connexes, et en appuyant les projets qui permettent d'améliorer :

- les milieux de travail
- la santé et le bien-être du personnel des soins de santé
- le niveau de satisfaction au travail et la qualité de la vie professionnelle

Quatre millions de dollars ont été investis en ce sens dans une série de projets provinciaux et nationaux[8]. À Terre-Neuve-et-Labrador par exemple, le projet *Creating a Culture of Safety* encourage une culture institutionnelle axée sur la sécurité au travail tout en favorisant un juste équilibre entre les besoins de santé mentale, émotive et physique des employés. Au Québec, le Centre universitaire de santé de l'Université McGill a pour objet d'assainir les milieux au travail et d'inciter les organismes à régler les problèmes affectant leur personnel grâce au *Programme inter-hospitalier de recherche-action sur le climat de travail.* Au Manitoba, le *Healthy Workplace Project* de la Winnipeg Regional Health Authority s'efforce d'améliorer le moral, la productivité et la satisfaction au travail du personnel de la santé et à réduire le nombre d'accidents et le taux d'absentéisme au travail, en misant sur une culture d'assainissement des milieux de travail.

Une approche plus intégrée relativement à la planification de l'effectif de la santé qui tient compte la complexité du système de soins de santé du Canada et de ses constants défis.

D'autres activités sont en cours dans le cadre de l'IPSMT, dont les suivantes :

- le projet Qualité de vie au travail-Collaboration en matière de soins de santé qui cherche à mettre au point une stratégie d'action intégrée pour transformer la qualité de la vie professionnelle des fournisseurs de soins de santé canadiens;
- une étude qui favorise le maintien en poste et la valorisation du personnel infirmier d'expérience en encourageant l'adoption de pratiques saines et innovatrices en milieu de travail;
- la mise en commun des pratiques au moyen d'une série d'activités de partage des connaissances;
- le soutien aux stratégies d'assainissement des milieux de travail dans le domaine des soins à domicile et des soins communautaires.

À long terme, l'IPSMT stimulera les mesures de recrutement et de maintien en poste des professionnels et fournisseurs de santé, la qualité des soins aux patients, la sécurité des patients et l'excellence opérationnelle.

Planification pancanadienne des ressources humaines en santé

. . . disposer d'une main-d'œuvre suffisante et bien répartie entre les diverses disciplines pour répondre aux besoins de la population du Canada

Cette composante vise à garantir que le Canada possède le bon assortiment de fournisseurs de soins de santé, maintenant et dans les années à venir, en examinant les tendances, les lacunes, les risques propres à l'effectif de la santé et en établissant un processus qui encourage les décisions coopératives.

Le progrès réalisé jusqu'ici est prometteur. Il reflète les travaux engagés dans le cadre du projet de développement des bases de données sur les ressources humaines en santé et de la base de données intergouvernementale sur les relations de travail en santé. Ces projets aideront les planificateurs à prévoir les ressources humaines en santé requises pour alléger le fardeau des fournisseurs de première ligne, à améliorer les conditions de travail et, en fin de compte, à rehausser la qualité des services de soins de santé. Ces travaux incluent la modélisation projective des ressources en médecins et en ressources humaines en santé, en vue de mettre sur pied un réseau d'experts stratégiques et techniques.

Cadre de collaboration pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé

Le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (un comité fédéral, provincial et territorial relevant de la Conférence des sous-ministres de la Santé) élaborait récemment un cadre de collaboration

pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé afin d'esquisser ce que seront, dans le futur, la planification des ressources humaines en santé et la prestation des services de santé au Canada[9]. Ce cadre s'avérera fort utile en vue d'améliorer les milieux de travail des fournisseurs de soins de santé.

Dans l'approche envisagée, chaque compétence continuera de planifier son propre système de soins de santé, de produire ses propres modèles de services et d'élaborer et d'appliquer ses propres politiques et plans de ressources humaines en santé. Ces efforts s'inscriront toutefois dans un cadre pancanadien. Ceci favorisera le partage de l'information, l'engagement de mesures coopératives et, par conséquent, la détermination du nombre et de l'assortiment idéaux de fournisseurs pour combler le plus efficacement les besoins et accroître l'aptitude de chaque compétence à[10] :

- prévoir le nombre, l'assortiment et la répartition idéaux de fournisseurs de soins de santé, prenant en compte la nature du système, les modèles de prestation de services et les besoins de santé de la population;
- collaborer étroitement avec les employeurs et avec les établissements d'enseignement afin de bâtir une main-d'œuvre de la santé ayant les compétences et les habiletés requises pour fournir des soins sécuritaires et de haute qualité, pour travailler dans des contextes innovateurs, pour réagir au contexte changeant du système de soins de santé et pour répondre aux besoins de santé évolutifs de la population;
- doter le pays du bon assortiment de fournisseurs de soins de santé et bien répartir ces ressources à travers les modèles de prestation de service qui exploitent au maximum leurs divers talents;
- établir et maintenir une main-d'œuvre viable et lui permettre d'évoluer dans des milieux de travail sains et sécuritaires.

Une vision d'un milieu de travail plus satisfaisant et plus encourageant pour les fournisseurs de soins de santé qui passe par une planification coopérative stratégique des ressources humaines en santé à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale.

Les buts et objectifs définis sont axés sur l'amélioration de la planification des ressources humaines en santé, en général, et de la qualité des milieux de travail, en particulier. La réussite de l'entreprise dépend toutefois de l'engagement des partenaires envers une approche plus coopérative[10]. L'encadré ci-dessous décrit les grands facteurs de réussite qui sous-tendent la bonne application du cadre et le ferme engagement.

Conclusion

Puisque les fournisseurs de soins de santé constituent le plus grand atout du système de soins de santé du Canada, il va de soi que leur santé et leur bien-être affectent la qualité des soins qui y sont offerts. Des milieux de travail sains donnent lieu à des fournisseurs de soins en santé, ce qui aide tous les ordres de gouvernement, tous les organismes de la santé, toutes les associations de professionnels de la santé, voire les fournisseurs eux-mêmes, à se doter d'un système de soins de santé solide et viable.

Tel qu'indiqué dans l'article en page 13, « les problèmes inhérents au milieu de travail et à la main-d'œuvre exigent une approche coopérative et l'intervention de tous les ordres de gouvernement, en partenariat avec les fournisseurs de soins de santé de première ligne, les organismes professionnels et d'autres parties intéressées ». Le *Cadre de collaboration pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé* fédéral, provincial et territorial constitue un important levier stratégique dont le pouvoir réside dans les efforts coopératifs soutenus engagés à cette fin.

Grands facteurs de réussite

Grand facteur de réussite	Contexte
Engagement pertinent des parties intéressées	• Modèles de prestation fondés sur les modèles de santé de la population • Profil changeant des habiletés et compétences • Consultation et communication en temps utile
Leadership fort et ressources adéquates	• Chefs de file à tous les niveaux • Solide appui envers les activités de planification coopérative des ressources humaines en santé et envers une vision commune • Ressources nécessaires pour appuyer les fonctions de planification
Compréhension éclairée des rôles et responsabilités	• Règlement de problèmes spécifiques par les échelons appropriés
Accent mis sur les questions intergouvernementales	• Valeur ajoutée • Outils pour aider à mieux planifier • Priorités fondées sur la consultation
Changements touchant le système ou la culture institutionnelle	• Nécessité de bien saisir le paysage culturel actuel • Aptitude à instaurer le changement • Fournisseurs de soins de santé perçus comme un précieux atout • Détermination des problèmes de recrutement et de maintien en poste • Décisions qui favorisent la création de milieux de travail sains et le niveau de satisfaction au travail
Polyvalence	• Aptitude à réagir aux changements affectant la nature du système et aux effets de ces changements sur les ressources humaines en santé

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.

Qui fait quoi?

Qui fait quoi? ***est une chronique régulière du*** **Bulletin de recherche sur les politiques de santé** ***qui présente les chercheurs clés s'intéressant aux politiques sous l'angle d'une thématique particulière. Cet article présente des projets nationaux et divers intervenants traitant des conditions de travail du personnel infirmier. Vu l'importance d'une approche coopérative, ces initiatives engagent les intervenants à plusieurs niveaux, y compris les partenaires provinciaux.***

Julie Creasey, *Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada*

L'auteure remercie **Sandra MacDonald-Rencz**, *Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé (DGPS), Santé Canada, pour son aimable collaboration.*

Gouvernement du Canada

Santé Canada

Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI)
Le BPSI travaille à l'établissement de milieux de travail de qualité au Canada et dans le monde, avec des projets de premier plan menés dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé*, comme une stratégie nationale d'éducation interdisciplinaire et la Healthy Workplace Initiative (voir page 38).

Principales initiatives coopératives

Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé
<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index_f.html>

Tel que mentionné à la page 36, la Stratégie vise à établir et à maintenir des effectifs de santé stables et bien formés ainsi qu'à soutenir le renouvellement général des soins de santé en misant sur trois projets :

1. La planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé;
2. La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP);
3. Le recrutement et la rétention en poste (RMP) des fournisseurs de soins de santé et des professionnels de la santé.

Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21e siècle : un cadre pancanadien pour la planification des ressources en santé publique
<http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/pdf/building_the_public_health_workforce_fo_%20the-21stc_e.pdf>

Ce cadre a pour but d'augmenter les efforts de planification au sein des diverses administrations ainsi que la capacité de recrutement/rétention du personnel infirmier, d'établir des effectifs de santé interprofessionnels dans le système de santé public, et de maintenir un personnel stable et abordable dans des milieux de travail sains et sûrs.

Construire l'avenir : Une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada
<http://www.buildingthefuture.ca/f/>

Récemment terminée, cette **étude nationale en deux phases sur le secteur infirmier** a été parrainée et dirigée par des groupes d'intervenants du secteur infirmier au Canada.

Canadian Nursing Leadership Study
<http://www.nursingleadershipstudy.ca>

Dirigée par l'University of Western Ontario School of Nursing, cette étude expose l'état des structures de leadership et de gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens.

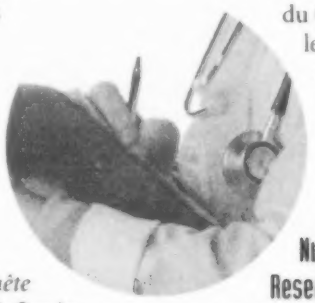
Division des stratégies des ressources humaines en santé (DSRHS)
La DSRHS gère les trois projets de la Stratégie (voir l'encadré) et s'occupe d'élaborer des politiques et de donner des conseils sur les priorités en matière de ressources humaines en santé. En outre, la DSRHS offre des services de secrétariat au Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)
La DGSPNI s'occupe de la mise en œuvre de la Stratégie relative aux ressources humaines en santé vue sous l'angle des Premières nations et des Inuits. En 2005–2006, Santé Canada a financé 10 projets dans le cadre de ce volet de la Stratégie (aller à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/ar-ra-2006/abor-autoch_f.html>).

Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données (DMSAD)
La DMSAD a mis au point des modèles de prévision de la demande en matière de personnel infirmier autorisé ainsi que des modèles de prévision de l'offre et de la demande par région concernant les médecins dans l'ensemble du Canada. Comme ces modèles ont pour but de cerner les lacunes dans l'offre et la demande, ils sont utiles pour l'élaboration des politiques.

Agence de santé publique du Canada

La Division du perfectionnement de la main-d'œuvre
Avec ses intervenants et ses partenaires, l'Agence s'emploie à mobiliser l'action pancanadienne pour améliorer les effectifs de santé au Canada. Son champ d'action couvre la planification des ressources humaines en santé au niveau public; la formation, les stratégies de recrutement et de rétention en poste, l'élaboration de profils de compétences ainsi que les possibilités de développement professionnel et de formation didactiques axés sur la pratique et les incitatifs pertinents.



Statistique Canada

Grâce au financement de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Santé Canada, le Ministère a récemment mené l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier* (voir page 17).

Organismes de recherche

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

<http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_nursing_f>

L'ICIS fournit des données et des résultats de recherche sur divers aspects de la profession infirmière et des ressources humaines en santé. Son travail comprend :

- la participation à l'*Étude nationale de la profession des soins infirmiers* dirigée par Développement des ressources humaines Canada
- la préparation d'un ensemble pancanadien minimal de données sur l'offre établissant et validant les besoins prioritaires en matière de renseignements sur les ressources humaines en santé, les indicateurs pertinents et les éléments de données recueillies de façon normalisée dans l'ensemble du Canada.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

<http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_f.php>

Le thème « leadership, organisation et politique des soins infirmiers » est l'un des thèmes de recherche essentiels de la FCRSS. Parmi les projets de recherche en cours, citons : *Comprendre les facteurs qui influencent le recrutement et le maintien du personnel infirmier spécialisé en oncologie* et *Integrating New Nursing Graduates in the Workplace: Strategies for Retention and Career Development.*

Instituts de recherche en santé du Canada—Institut des services et des politiques de la santé (ISPS)

<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13733.html>

L'ISPS s'applique à renforcer le système de santé du Canada par la recherche sur les politiques et les services de santé. Il dirige conjointement avec la FCRSS l'initiative *À l'écoute : Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé.* Les phases I et II sont terminées et la planification du troisième volet est en cours.

Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit

<http://www.nhsru.com/index.html>

Ce projet coopératif est mené conjointement par la faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto et l'école de soins infirmiers de l'Université McMaster. Il porte sur la recherche et diverses autres formes d'enquête pour aider, au niveau de la direction, la prise de décision fondée sur les données probantes en matière d'efficacité, d'efficience, de qualité, d'équité et d'utilisation des services et des soins de santé en Ontario.

Associations et organismes professionnels

Conseil canadien d'agrément des services de santé—Qualité de vie au travail-Collaboration en matière de soins de santé de qualité

Financé par la Stratégie, le Conseil canadien d'agrément des services de santé administre une coalition de 11 organismes de santé nationaux et plus de 45 spécialistes de la qualité de vie au travail travaillant sur une stratégie nationale de changement pour les patients et les professionnels dans le domaine de la santé.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

L'AIIC a créé le portail Internet *Inf-Fusion* pour mettre le personnel infirmier en contact avec des sources de renseignements opportunes et faciles d'accès sur tous les aspects des soins de santé. *Inf-Fusion* est particulièrement utile pour le personnel travaillant dans les régions rurales et isolées ainsi que dans les collectivités inuites et des Premières nations (aller à : <http://www.nurseone-inf-fusion.ca/splash.html>).

Qui fait quoi?, *suite à la page 45*

Le Saviez-vous

Le saviez-vous? ***est une chronique régulière du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *qui examine divers aspects de l'information, des données et des études sur la santé pouvant donner lieu à des idées fausses. Le présent numéro a recours aux données actuelles pour appuyer—ou réfuter—des perceptions courantes concernant l'effectif infirmier.***

Teklay Messele, *Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA), Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.*

Ces énoncés sont-ils... vrais ou faux?

1 Le taux d'emploi du personnel infirmier a ralenti dans les années 1990.

Vrai. Dans les années 1980, le taux d'emploi du personnel infirmier a augmenté de 3,4 % alors qu'au cours de la décennie suivante, il n'a augmenté que de 0,2 %. Pendant la période des compressions (1993–1998), le taux d'emploi du personnel infirmier a chuté de 3,3 % globalement avant qu'il commence à se rétablir[1,2]. Le taux d'embauche des infirmières et infirmiers autorisés (IA) a augmenté, passant de 232 566 en 2000 à 251 675 en 2005 à un taux moyen de croissance annuelle de 1,6 %[3].

2 Le taux de chômage des infirmières et infirmiers est faible.

Vrai. En 2005, le taux de chômage des IA (personnes en quête d'un emploi dans le domaine infirmier) s'établissait à 1,3 %, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale de la population active de 6,8 %[4]. Même au milieu des années 1990, le taux de chômage de l'effectif infirmier était faible (4,1 % en 1996) par rapport à la moyenne nationale (9,6 %). Par conséquent, le nombre d'infirmières et infirmiers compétents disponibles est faible[5].

3 La proportion des travailleurs à temps partiel dans le secteur infirmier est semblable à la proportion des travailleurs à temps partiel dans l'ensemble de la population active.

Faux. Même dans les années 1980, environ 35 % des infirmières et infirmiers occupaient un poste à temps partiel, ce qui est nettement supérieur à la moyenne pour l'ensemble de la population active (14,4 %)[6,7,8]. En 2005, 43,8 % des IA travaillaient à temps partiel (y compris 11,1 % dans des emplois occasionnels), comparativement à 18,3 % de l'ensemble de la population active[9]. Le nombre d'IA ayant un emploi à temps plein n'a augmenté que de 10,7 % entre 1980 et 2005, alors que le nombre total d'IA oeuvrant dans le secteur infirmier a augmenté de 29,5 %[3].

4 L'âge de la retraite des infirmières et infirmiers mine l'effectif infirmier.

Vrai. La plupart des infirmières et infirmiers prennent leur retraite à 56 ans environ. En 2005, les IA de 55 ans et plus représentaient 19,7 % de l'effectif des IA[10], comparativement à 13,7 % de tous les travailleurs du même groupe d'âge[11]. On prévoit que si les IA prennent leur retraite à 55 ans et si on ne met pas en place des initiatives de recrutement et de maintien en poste, on pourrait perdre jusqu'au tiers de l'effectif des IA de 2001 d'ici 2010[12,13].

5 La cohorte de personnel infirmier débutant est plus petite que celle du personnel infirmier approchant l'âge de la retraite.

Vrai. En 2005, seulement 2,5 % des IA avaient moins de 25 ans, alors que 19,7 % avaient 55 ans ou plus[14], comparativement à 16,3 % et à 13,5 % respectivement pour l'ensemble de la population active[15]. Le ratio d'IA dans la cinquantaine par rapport aux IA dans la vingtaine est de trois à un. Ces chiffres révèlent que les infirmières et infirmiers constituent la « figure de proue » de notre société vieillissante.

6 Le nombre d'inscriptions aux programmes de sciences infirmières a augmenté au cours des dernières années.

Vrai. Les provinces se sont récemment engagées à accroître d'au moins 10 % par année le nombre de places réservées aux étudiantes et étudiants en sciences infirmières par rapport au taux d'admission canadien de 1998–1999, soit 5 787 places[16,17]. Le modèle d'approvisionnement en personnel infirmier de la DRAA calcule que cette hausse permettra à 10 083 étudiantes et étudiants en sciences infirmières d'obtenir leur diplôme d'ici 2013, soit le même nombre que le seuil supérieur de diplomation atteint en 1972.

Ces énoncés sont-ils ... vrais ou faux?

7 **L'immigration constitue une importante source de nouveaux effectifs infirmiers au Canada.**

Vrai. Au Canada, la proportion d'IA formés à l'étranger et actifs dans le domaine des soins infirmiers a augmenté, passant de 6,8 % (15 659) en 2001 à 7,6 % (19 230) parmi l'ensemble des IA exerçant leur profession en 2005[3]. Au cours de cette même période, les IA formés en Irlande et en Autriche constituaient, respectivement, 3,6 % et 6,7 % de l'effectif infirmier, alors que les chiffres s'établissaient, respectivement, à 8,3 % et à 23,1 % au Royaume-Uni et en Suisse[18]. La proportion d'infirmières et infirmiers formés aux États-Unis atteignait 16,5 % en 2000.

8 **La profession infirmière est autoréglementée.**

Vrai. À l'instar des autres professions de la santé, les associations provinciales d'infirmières et infirmiers articulent et imposent des normes de pratique et des codes de conduite. Elles engagent aussi des mesures disciplinaires pour garantir la sécurité publique[19].

9 **La profession infirmière est largement syndiquée.**

Vrai. Quelque 52 % des infirmières et infirmiers sont syndiqués, comparativement à 16,7 % de tous les autres travailleurs. On constate une exception notoire, soit les infirmières et infirmiers œuvrant dans les foyers de soins infirmiers privés, les cabinets de médecins, les milieux de soins de santé communautaires et d'autres lieux semblables. La plupart des infirmières et infirmiers syndiqués travaillent dans les hôpitaux. Ce taux de syndicalisation élevé tient au fait que les fournisseurs de soins de santé (surtout ceux en milieu hospitalier) font partie du secteur public, qui a été syndicalisé, dans une large mesure, dans les années 1960[20].

10 **La prestation des soins de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits du Nord relève exclusivement des compétences des provinces et des territoires.**

Faux. C'est le gouvernement fédéral qui assure les services de soins de santé à plus de 600 collectivités des Premières nations et des Inuits à l'échelle du Canada. Mais par suite d'un accord de transfert conclu avec le gouvernement fédéral, les conseils de bande de près de la moitié de ces collectivités ont pris sur eux la charge d'assurer les services de soins de santé et embauchent directement, à cette fin, quelque 600 infirmières et infirmiers. Santé Canada, par l'intermédiaire du Bureau des services infirmiers et des bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, embauche environ 700 infirmières et infirmiers qui desservent les autres collectivités[21].

11 **Le nombre d'infirmières et infirmiers canadiens qualifiés par habitant est inférieur au nombre moyen d'infirmières et infirmiers qualifiés dans les autres pays de l'OCDE.**

Faux. Les infirmières et infirmiers qualifiés regroupent les professions infirmières réglementées, soit les IA, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés. En 2004, on dénombrait 990 infirmières et infirmiers qualifiés pour 100 000 habitants, plus que la moyenne de 830 dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le nombre d'infirmières et infirmiers par habitant a diminué au Canada depuis 1990 tout en augmentant dans la plupart des autres pays. Depuis quelques années cependant, il a cessé de décliner, même que le ratio par habitant s'élève depuis 2002. On attribue les réductions à une chute des taux d'inscription et de diplomation en sciences infirmières et au nombre réduit de lits d'hôpital[22].

12 **Le ratio de médecins praticiens par rapport aux infirmières et infirmiers praticiens au Canada est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.**

Faux. On constate une grande variation dans les ratios de médecins à infirmières et infirmiers entre divers pays de l'OCDE, sans compter que ces ratios changent au fil du temps. Au Canada, on comptait 190 médecins pour 1 000 infirmières et infirmiers en 1990 et seulement 211 médecins en 2001. C'est en Norvège qu'on observe le plus faible ratio (117) et au Portugal qu'on constate le ratio le plus élevé (841). Dans certains pays, comme en Australie, le ratio augmente alors qu'ailleurs, comme en France, il tend à diminuer (étant passé de 557 en 1990 à 477 en 2001)[23].

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.*

L'utilisation des

relatives à la santé au Canada

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada *est une chronique régulière du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *qui met en lumière diverses méthodes utilisées pour analyser les données sur la santé. Ce numéro examine une méthode utilisant des données de sondage pour évaluer l'équivalent temps plein du personnel infirmier autorisé.*

Kisalaya Basu, *Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada, et* **Ron Wall**, *Bureau de la pratique en santé publique, Division du perfectionnement de la main-d'œuvre, Agence de santé publique du Canada*

Estimation de l'équivalent à temps plein

Comme le montre l'article sur la pénurie de personnel infirmier (voir page 21), l'estimation de l'équivalent à temps plein (ETP) du personnel infirmier autorisé est essentiel pour analyser l'offre en matière de personnel infirmier (IA) au Canada. Un ETP indique la charge de travail normale d'un IA moyen de sorte que l'*intensité de travail* de chacun puisse être estimée en fonction d'un ETP.

D'habitude, la Banque de données des infirmières est utilisée pour obtenir des renseignements sur le nombre d'IA à temps partiel ou à plein temps. Il fallait une méthode pour convertir ces chiffres en ETP de sorte que les analystes puissent estimer l'offre et l'utilisation effectives du personnel infirmier. Dans cet article, la méthode en question est présentée grâce à des données de sondage.

Un mot au sujet des données

Les données utilisées proviennent du Fichier de microdonnées transversales à grande diffusion (FMGD) de l'*Enquête 2000 sur la dynamique du travail et du revenu* (EDTR), une collection de variables concernant le travail, le revenu et la famille, sur les adultes les et familles au Canada. Le ficher **Personnel** de l'EDTR fournit des renseignements notamment sur les caractéristiques personnelles, comme l'année de naissance, le sexe, l'état civil, la taille et le type de famille ainsi que l'emploi principal. On y trouve également des renseignements sur la situation financière du sujet, comme ses sources de revenu, ses études et son niveau d'instruction.

Une méthode en deux étapes

L'une des catégories de la variable **Emploi** de l'EDTR est « Personnel professionnel des soins de santé, infirmières et infirmiers en chef et autorisés ».

Première étape : Déterminer les IA de cette catégorie en supposant que :

- un IA possède un diplôme universitaire ou autre
- un IA gagne un salaire horaire dans l'échelle salariale fournie par la National Nurses Salaries Data Base (2000)

La supposition concernant le salaire exclut le personnel infirmier de supervision dont le salaire horaire minimum dépasse le salaire maximum des IA ordinaires, ainsi que d'autres professionnels de la santé ayant un minimum salarial élevé. Les professionnels de la santé (techniciens) dont le salaire se situe dans la même échelle que les IA peuvent être inclus. Cependant, les IA dominent sensiblement ce groupe comme ils dominent toutes les catégories de ressources humaines en santé.

L'échantillon final comprenait toutes les infirmières travaillant à plein temps identifiées grâce au critère susmentionné. Comme les femmes constituent 95 % des IA, un certain nombre de répondants masculins ont été inclus au hasard de sorte que dans l'ensemble, les hommes constituent seulement 5 % des IA travaillant à plein temps dans chaque province.

Deuxième étape : Calculer la médiane des heures de travail des IA à plein temps.

À partir de l'échantillon constitué, la médiane des heures de travail des IA à plein temps est calculée et estimée à 1 955 heures par an, ce qui correspond au chiffre de 1 879 heures par an et 2 015 heures par an fournis par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. On utilise les médianes estimées parce que les données sont très asymétriques (voir l'exemple à la Figure 1).

Ayant déterminé le nombre d'heures de travail par an, il est maintenant possible de faire une estimation des ETP par province et par groupe d'âge. Le Tableau 1 indique l'ETP du personnel infirmier à plein temps par groupe d'âge. Vu la petite taille de l'échantillon de personnel infirmier masculin, les estimations d'ETP ont été faites par groupe d'âges et non par groupe d'âge-sexe. Il faut souligner en outre que toute estimation dépassant le

groupe d'âge 55 à 59 ans ne pouvant être fiable à cause de la petite taille de l'échantillon EDTR, est exclue. Cependant, cette exclusion n'affecte en rien l'utilité de la méthode car la plupart des IA prennent leur retraite avant l'âge de 60 ans.

Distribution asymétrique

Il convient de souligner que la moyenne est inférieure à la médiane pour tous les groupes d'âge. Cela signifie que les valeurs extrêmes au plus bas de l'échelle sont plus éloignées de la moyenne des valeurs extrêmes au haut de l'échelle (Figure 1). Les plus petites valeurs repoussent la moyenne vers le bas, ce qui correspond au fort taux d'absentéisme dans le secteur infirmier.

Un outil utile

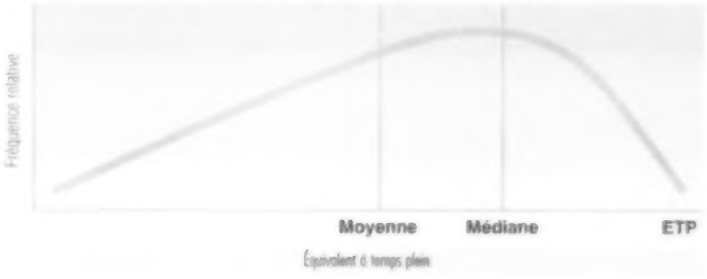
La méthode présentée dans cet article est un outil très utile pour estimer l'ETP des IA par âge, province, temps partiel ou plein temps, ce qui est essentiel pour comprendre la pénurie de personnel infirmier au Canada. En outre, elle peut être adaptée pour estimer l'ETP d'autres professionnels de la santé et obtenir des renseignements utiles pour les politiques générales des ressources humaines en santé.

Tableau 1 : **Équivalents à temps plein—IA travaillant à temps plein, par groupe d'âge, Canada, 2000**

Groupe d'âge	Médiane des ETP			Moyenne des ETP		
	ETP	NC inférieur à 90 %	NC supérieur à 90 %	ETP	NC inférieur à 90 %	NC supérieur à 90 %
25–29	0,933	0,800	1,000	0,884	0,829	0,940
30–34	0,933	0,800	1,000	0,862	0,817	0,907
35–39	1,000	0,960	1,067	1,038	0,940	1,137
40–44	0,968	0,880	1,000	0,910	0,864	0,956
45–49	1,000	0,960	1,067	0,978	0,909	1,047
50–54	1,000	1,000	1,067	1,021	0,949	1,093
55–59	1,067	0,934	1,067	1,010	0,925	1,095
60–64	SO			SO		
65+	SO			SO		

NC—niveau de confiance

Figure 1 : **Exemple d'une distribution asymétrique vers la gauche**



Qui fait quoi?, *suite de la page 41*

Quelques projets entrepris par des organismes provinciaux de soins infirmiers

College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS)
A *Practice Environment Collaboration Program* est un programme autodirigé dégageant les principaux systèmes ou attributs de qualité permettant au personnel infirmier de répondre aux normes de pratique et de qualité de leur profession (aller à : <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&sfield=Content.Id&mn=414.70.81.413&search=1159>).

College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador et **Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador**
Ces deux organismes ont lancé un programme sur un milieu de travail de qualité (*Quality Practice Environment Program*) et établi des normes influant sur le milieu de travail professionnel.

College & Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA)
Alberta RN publie une chronique intitulée « Healthy Solutions » (Solutions saines) pour informer ses lecteurs sur des sujets tels que l'usure de compassion et la violence au travail (aller à : <http://www.nurses.ab.ca/issues/Healthy_solutions.html>).

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
Cette association mène un projet intitulé *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines* dans le cadre duquel seront préparées six directives permettant d'établir un milieu de travail sain (aller à : <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=751&SiteNodeID=241&BL_ExpandID=>).

Faites une croix sur votre calendrier

Quoi	Quand	Thème
1re Conférence nationale des infirmières de santé communautaire : Préparer l'avenir pour améliorer la santé	3 au 5 mai 2007 Toronto (Ontario) <http://www.chnac.ca/>	Exploration des réalités, des possibilités et difficultés rencontrées au sein du personnel infirmier et de la profession infirmière en matière de santé communautaire et de réforme des soins de santé
18e Conférence internationale sur la réduction des dommages dus aux médicaments : la maturité	13 au 17 mai 2007 Varsovie, Pologne <http://www.harmreduction2007.org/>	Diffusion d'idées sur la réduction des dommages et la pratique, y compris une revue des efforts de réduction des dommages au cours des 18 dernières années
Congrès 2007 du Conseil international des infirmières	27 mai au 1er juin 2007 Yokohama, Japon <http://www.icn.ch/conference2007/info.htm>	Les réalités de la pratique infirmière et de l'expertise infirmière dans le traitement des imprévus
34e Conférence internationale sur la santé dans le monde	29 mai au 1er juin 2007 Washington (DC) <http://www.globalhealth.org/conference/>	Portera sur une gamme de partenariats—comment ils ont été établis, ce qu'ils ont produit et ce qu'ils peuvent produire et comment les pauvres et les malades peuvent en profiter
Conférence internationale sur des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes	6 au 8 juin 2007 Markham (Ontario) <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1209&ContentID=1436&SiteNodeID=196&BL_ExpandID=>	Comment établir le contexte de l'excellence dans la pratique infirmière clinique et les milieux de travail sains
Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé 2007	11 au 12 juin 2007 Toronto (Ontario) <http://www.healthcareleadershipconference.nexx.com/default1.asp>	L'innovation dans les services de santé : du leadership local au rendement national
19e Conférence mondiale sur la promotion et l'éducation en santé — La promotion de la santé en pleine mutation : Recherche, politiques et pratiques pour le 21e siècle	11 au 15 juin 2007 Vancouver (Colombie-Britannique) <http://www.iuhpeconference.org/>	Examen et réévaluation critique du progrès accompli en promotion de la santé depuis l'adoption de la *Charte d'Ottawa* et engagement de nouvelles mesures pour relever les défis dans un contexte de plus en plus mondialisé
Conférence internationale sur l'activité physique et l'obésité chez les enfants	24 au 27 juin 2007 Toronto (Ontario) <http://www.phe.queensu.ca/epi/obesity/>	Sur l'élaboration d'une stratégie communautaire et scientifique pour réduire l'obésité chez les enfants et les jeunes
6e Colloque international en économie de la santé	8 au 11 juillet 2007 Lund, Suède <http://www.healtheconomics.org/congress/2007/>	Axé sur le thème des explorations en économie de la santé
Conférence 2007 sur l'éthique de la promotion de la santé	18 au 20 septembre 2007 Ghent, Belgique <http://www.healthpromotionethics.eu/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>	Vers un programme éthique de promotion de la santé